

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU*
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

JOÃO ALCIONE CARDOSO SANTOS

**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**

GOIÂNIA

2016

JOÃO ALCIONE CARDOSO SANTOS

**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**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social, tendo como linha de pesquisa Política Social, Movimentos Sociais e Cidadania.

Co-Orientadora: Profa. Dra. Constantina Ana Guerreiro Lacerda

Orientador: Prof. Dr. Germano Campos Silva

GOIÂNIA

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

S237s Santos, João Alcione Cardoso

Saúde do trabalhador no serviço público federal[manuscrito]:
desafios para uma Política de Atenção à Saúde e Segurança
do Trabalho no contexto de um hospital universitário/
João Alcione Cardoso Santos.-- 2016.
164 f.; 30 cm

Texto em português com resumo em inglês
Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade
Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto
Sensu em Serviço Social, Goiânia, 2016
Inclui referências

1. Saúde e trabalho. 2. Higiene do trabalho - Servidores
públicos. I. Silva, Germano Campos. II. Pontifícia Universidade
Católica de Goiás. III. Título.

CDU: 331.4(043)

JOÃO ALCIONE CARDOSO SANTOS

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

Esta dissertação foi apresentada à banca como exigência parcial para a obtenção do título de mestre em Serviço Social do curso de Pós-graduação Stricto Sensu da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Goiânia, 29 de setembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Germano Campos Silva
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Orientador – Presidente da Banca

Prof.^a Dr.^a. Milca Severino Pereira
Membro Titular
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof.^a Dr.^a. Alciane Barbosa Macedo Pereira
Membro Titular
Instituto Federal de Goiás

Profa. Dra. Denise Carmen de Andrade Neves
Membro Suplente
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha vida e pela oportunidade que Ele me deu de sonhar por dias melhores.

À minha família, com amor e gratidão pelo carinho e dedicação.

Gercino e Celina (in memoriam), meus queridos pais que me ensinaram os valores de um homem. Leni e Miron, irmãos amados.

Edicássia, com amor, admiração e gratidão pelo carinho, companheirismo e apoio incondicional.

Fabíola, Joema, Juara e Jaina, filhas muito amadas. Felipe, neto querido e quem vai chegar.

Georgina Melo, que com o amor de Cristo, doou um rim para que eu continuasse a sonhar.

Alcides, Lucas e Alex, genros estimados.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Germano Campos Silva, que gentilmente aceitou a continuidade de minha orientação de forma competente e com sábias contribuições me conduziu para o aprimoramento deste trabalho.

À minha co-orientadora, Profa. Dr. Constantina Lacerda, minha admiração pela orientação competente, segura e pela relação de respeito. E ainda pela amizade construída nessa caminhada.

Aos professores do Programa de Pós-graduação Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, que com brilhantismo, contribuíram sobremaneira, para meu aprendizado. À secretária do Mestrado, meus agradecimentos.

Aos professores da banca de qualificação e de defesa da dissertação pelas contribuições inestimáveis, necessárias ao aprimoramento deste trabalho.

Aos servidores técnico-administrativos do Hospital das Clínicas da UFG, minha sincera admiração pelo trabalho de valor social imensurável que coletivamente realizam cotidianamente. Agradeço de coração a disponibilidade em responder os questionários e o carinho para comigo, dedicando-lhes o conteúdo deste trabalho.

À Enf. Ms. Alexandrina G. Adorno, meu agradecimento especial e minha sincera amizade.

Aos meus colegas do mestrado que se tornaram verdadeiros amigos, agradeço a saudável convivência, as trocas de conhecimento e busca ao mundo do conhecimento.

À Juliana Rézio, pelo rigor técnico da revisão que melhoraram a qualidade do trabalho.

Que continuemos a nos omitir da política é tudo o que os malfeitores da vida pública mais querem.

(B. Brecht)

O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes.

(Cora Coralina)

RESUMO

Persistem grandes obstáculos à consolidação de programas, políticas e ações envolvendo assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho. São necessárias mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade. A criação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), base estruturante da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), surge com a tarefa de garantir sustentabilidade e efetividade através do gerenciamento de trabalho. A presente dissertação, *Saúde do Trabalhador no Serviço Público Federal: desafios para uma política de atenção à saúde e segurança do trabalho no contexto de hospital universitário* tem o objetivo de analisar a efetividade da política de atenção à saúde e segurança do trabalho em implementação pelo governo federal no contexto do hospital universitário da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG). Buscou-se compreender e analisar os fatores sociais, econômicos, tecnológicos, organizativos que influenciam o processo de adoecimento desses servidores. Para subsidiar o debate sobre as diferenças conceituais existentes sobre a saúde do trabalhador, saúde e trabalho e gênero e trabalho, estudou-se referenciais teóricos de pesquisadores da área. Buscou-se ainda os princípios, objetivos e diretrizes das políticas públicas instituídas de Saúde e Segurança como referência. Este estudo se apresenta metodologicamente como uma pesquisa quanti-qualitativa. O procedimento metodológico quanto ao objetivo nesse estudo foi pesquisa exploratória. A escolha deste local para ser pesquisado ocorreu devido à unidade Hospital das Clínicas/UFG possuir o maior número de afastamentos por adoecimentos no âmbito da Universidade Federal de Goiás. Foi realizada uma amostragem probabilística estratificada proporcional do tipo aleatória simples. A população do estudo foi constituída de 986 servidores do quadro efetivos, vinculados ao Regime Jurídico Único e selecionados 131 servidores participantes. Para o instrumento de coleta de dados utilizou-se dois questionários especificamente desenvolvidos para este estudo, elaborados com questões abertas e fechadas para aplicação de um questionário aos servidores técnico-administrativos do Hospital das Clínicas/UFG e outro questionário específico aplicado aos gestores do SIASS/UFG. A revisão da literatura especializada, a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e a pesquisa de campo contribuíram na reflexão e na análise dos dados. Procurou-se discutir os aspectos relativos à percepção dos servidores técnico-administrativos da PASS e ainda como os gestores do SIASS/UFG, enquanto órgão executor da instituição, analisam o desenvolvimento/implementação da PASS. O perfil dos pesquisados há predominância de mulheres com 79%, faixa etária entre 41 e 60 anos com 71%, predominância de escolaridade qualificada, 90% não realizaram exames periódicos e duplo vínculo de servidores técnicos 56% dos pesquisados. A análise dos dados permitem inferir que a implementação da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, no contexto do Hospital Universitário/UFG é insatisfatória como instrumento de promoção à saúde e segurança do trabalho e não tem sido capaz de enfrentamento do processo de adoecimento dos servidores.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde. Saúde do Trabalhador. Saúde. Trabalho. PASS.

ABSTRACT

There are major remaining obstacles to consolidation of programs, policies and actions involving assistance, promotion, monitoring and prevention of work related diseases. Changes are needed in the work process covering the health-work relations in all of its complexity. The creation Integrated Attention to Workers' Health Subsystem (SIASS) structuring base of the Attention to Health and Safety of Federal Civil Workers Policy (PASS) emerges with the task of ensuring sustainability and effectiveness through work management. This dissertation, *Occupational Health in the Federal Public Service: Challenges the policies of health care and work safety at the University Hospital context*, aims to analyze the effectiveness of the policies on health and safety in implementation by the Federal Government in the context of the University Hospital at the Federal University of Goias (HC/UFG). We sought to understand and analyze the social, economic, technological organization influencing the process of disease in the workers. To support the debate on the existing conceptual differences of workers' health; health and work; and genre and work, theoretical references of researchers have been studied. We also sought to further the principles, objectives and guidelines of established public policies of health and safety as reference. This study is presented methodologically as a quantitative and qualitative research. The methodological procedure as the objective of this study was an exploratory research. The research location was chosen mainly because the University Hospital (HC/UFG) has the largest number of absences due to sickness in the Federal University of Goias. A proportional stratified probability sampling of simple random type was performed. The study population consisted of 986 effective workers linked to the Unitary Judicial Regime and 131 workers were selected to participate. As for the data collection, two questionnaires were especially developed with objective and subjective questions. One questionnaire was used for the technical and administrative staff of the University Hospital/ UFG, and the other was applied to the managers at SIASS/ UFG. The review of specialized literature, documental research, and field research, all contributed with the reflection and analysis of data. A discussion was sought out about the perception aspects of technical and administrative staff; managers of SIASS/UFG, as the executing agency of the institution analyze the development and implementation of PASS. Regarding the profile of those involved in the research, there's a prevalence of women with 79% aged between 41 and 60 years, with 71% prevalence of qualified education, 90% did not undergo periodic examinations, and 56%of respondents with double employment bond. The analysis of data infers that the implementation of Federal Health Care Policy is unsatisfactory relating to Public Workers in the University Hospital/UFG regarding health promotion and work safety, and it has been unable to cope with sickness of the workers.

Keywords: Public Health Policy. Occupational Health. Health. Labor. PASS.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 Distribuição dos servidores técnico-administrativos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás por categoria profissional no período entre 2014/2015	81
Gráfico 1 Distribuição dos servidores técnico-administrativos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás por categoria profissional no período entre 2014/2015	89
Gráfico 2 Distribuição dos servidores técnico-administrativos por sexo	91
Gráfico 3 Distribuição dos servidores técnico-administrativos por faixa etária	94
Gráfico 4 Distribuição dos servidores técnico-administrativos por tempo de serviço	96
Gráfico 5 Distribuição dos servidores técnico-administrativos por nível de escolaridade	97
Gráfico 6 As relações hierárquicas e sua repercussão no cotidiano de trabalho ...	100
Gráfico 7 Exames Periódicos dos Servidores Técnico-Administrativos	110
Gráfico 8 Licenças Médicas, Avaliação de Perícias Médicas e Acompanhamento Terapêutico dos Servidores Técnico-Administrativos.....	112
Gráfico 9 Avaliação do Programa de Promoção e Vigilância à Saúde e Programa de Prevenção e Segurança de ambientes	118

LISTA DE ABREVIATURAS

APH - Adicional por Plantão Hospitalar
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CISSP - Comissão Interna de Saúde do Servidor Público
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CF - Constituição Federal
DRT - Doenças Relacionadas ao Trabalho
DOU - Diário Oficial da União
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FUNDACENTRO - Fundação Jorge Duprat e Figueiredo
IFG - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
IFGoiano - Instituto Federal Goiano
HC - Hospital das Clínicas
MEC - Ministério da Educação
MPOG - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MOI - Movimento Operário Italiano
MS - Ministério da Saúde
MT - Medicina do Trabalho
NOST-SUS - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde
NOSS - Norma Operacional Básica de Saúde do Servidor
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OIT - Organização Internacional do Trabalho
PASS - Política de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho no Serviço Público Federal
PUC Goiás - Pontifícia Universidade Católica de Goiás
PNH - Política Nacional de Humanização
PNSST - Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador
PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PNPS - Política Nacional de Promoção à Saúde
RJU - Regime Jurídico Único

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SIASS - Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador

SINAISS - Sistema Nacional de Informações em Saúde do Servidor

SIPEC - Sistema Pessoal Civil da Administração Federal

SRH - Secretaria de Recursos Humanos

SISOSP - Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público

SO - Saúde Ocupacional

ST - Saúde do Trabalhador

SUS - Sistema Único de Saúde

UFG - Universidade Federal de Goiás

VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR	21
1.1 O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR	21
1.1.1 Medicina do Trabalho	22
1.1.2 A Saúde Ocupacional	23
1.1.3 Saúde do Trabalhador	26
1.2 SAÚDE E TRABALHO	34
1.3 GÊNERO E TRABALHO	43
CAPÍTULO 2 - SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO : POLÍTICAS INSTITUÍDAS	51
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE	51
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	55
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR.....	57
2.3.1 Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	60
2.3.2 Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador	61
2.4 POLÍTICA DE SAÚDE E SEGURANÇA PARA O SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL	64
2.4.1 Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal – PASS	67
2.4.2 Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – Unidade UFG (SIASS/UFG).....	70
CAPÍTULO 3 - DELINEAMENTO METODOLÓGICO	74
3.1 LOCAL / CENÁRIO DO ESTUDO	75
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	79
3.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	80
3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE E ANÁLISE DOS DADOS.....	82
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	83
3.6 AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA	84
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	85
CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	129

REFERÊNCIAS	133
APÊNDICES	145
ANEXOS	157

INTRODUÇÃO

Este trabalho está diretamente ligado à minha trajetória como trabalhador do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Participei da primeira comissão de funcionários na luta pela melhoria das condições de trabalho e carga horária de 30 horas semanais, ainda como funcionário celetista. Como servidor estatutário, a luta pela implantação de políticas de promoção à saúde e segurança do trabalho eram pautas de reivindicações para regulamentação da saúde do trabalhador prevista na Constituição Federal de 1988 e seção de saúde da Lei 8.112/90, que instituiu o Regime Jurídico Único dos Servidores.

O interesse pelo tema consolidou-se ao estudar e desenvolver a elaboração do projeto de pesquisa como requisito para conclusão do curso de aperfeiçoamento “A Construção do Conhecimento na Pesquisa” na Pontifícia Universidade Católica de Goiás, em 2011.

A preocupação com a saúde dos trabalhadores não é nova, surgiu em decorrência de condições de trabalho precárias, de jornadas excessivas, do grande número de acidentes e da disseminação de enfermidades infectocontagiosas, caracterizadas no início do processo de industrialização em todo o mundo. Os riscos de saúde a que são expostos os trabalhadores variam segundo a sua ocupação, a estrutura econômica, o nível de industrialização, o estágio de desenvolvimento socioeconômico-político, as condições climáticas e o aparato institucional da medida de trabalho. Essas dificuldades representam, também, aumento nos riscos à segurança do trabalho (OMS, 1995).

Nas últimas décadas, várias iniciativas da sociedade brasileira vêm procurando consolidar avanços nas políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador (ST) que incluem ações envolvendo assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho. No entanto, são grandes os obstáculos à consolidação de ações, de programas e políticas que poderiam contribuir de forma mais efetiva para a melhoria dos indicadores nacionais, que colocam o país em situação crítica quando comparado com nações socialmente mais desenvolvidas (LACAZ, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) elegeu o decênio 2006-2016 como a década da valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde. Desta forma, é

oportuno que se discuta e investigue o trabalho em saúde. Os trabalhadores de saúde têm adoecido de modo sistemático e em um processo crescente. E mais, este é um fenômeno não apenas regional ou nacional, mas mundial, todavia, desacompanhado de políticas públicas que visem a combatê-lo de modo contundente (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) cerca de 2 milhões de pessoas no mundo morrem anualmente de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Estima-se que 160 milhões de pessoas sofrem de doenças relacionadas ao trabalho (DRT) por ano (OIT, 2007).

Têm sido numerosos os percalços do caminho em busca do desenvolvimento de ações abrangentes e integrais de saúde do trabalhador. Entende-se que a atenção integral aos trabalhadores deva ter como carro chefe ações desenvolvidas pela atenção primária, mas, não obstante, os autores lançam questionamentos que se fazem necessários: “Será possível acreditar que ações de vigilância e intervenção ocorrerão a partir das ações da rede básica de saúde no Brasil”? A resposta a tal inquirição deve ser SIM, mas existe a demanda de trabalho árduo para a superação dos inúmeros entraves a este caminho, que, apesar de recomendado e lógico, é também absolutamente desafiador (CHIAVEGATTO, 2013).

Chiavegatto (2013) argumenta sobre a resistência dos profissionais da atenção primária em saúde, sobrecarregados de atividades e programas pelo Governo Federal. Caminhamos para a ampliação do olhar da atenção primária sobre o trabalho e para o reconhecimento dos seus reflexos sobre o viver e adoecer dos trabalhadores, de sua família e da comunidade.

Um novo cenário apresenta-se aos servidores públicos com o estabelecimento do compromisso do Governo Federal de construir uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS). Esse movimento deu sequência à criação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS (BRASIL, 2010).

A criação do SIASS, que representa uma inovação no campo da Saúde do Trabalhador, base estruturante da PASS, surge com a tarefa de garantir sustentabilidade e efetividade através do gerenciamento de trabalho.

Em consonância com a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – PASS, estabelecida pela Secretaria de Recursos Humanos (SRH/MPOG) é celebrado o termo de Acordo de Cooperação Técnica, entre a Universidade Federal

de Goiás (UFG), Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia de Goiás (IFG) e Instituto Federal Goiano (IF Goiano), em 2011. O objetivo é a implantação e implementação de ações e atividades com ênfase na saúde: prevenção aos agravos, educação e promoção à saúde, perícia oficial e acompanhamento dos servidores no âmbito das instituições partícipes (BRASIL, 2011).

O relatório da Conferência Nacional de Recursos Humanos da Administração Federal (BRASIL, 2009b) registrou falta de visão organizacional quanto à gestão política, conceito de saúde restrito ao aspecto ocupacional, em detrimento da perspectiva integral, insegurança e resistência devido à mudança de cultura.

O relatório dessa conferência registrou ainda pouco comprometimento e vontade política de gestores, fragilidade na definição das competências e responsabilidades na implantação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor e ausência de autonomia da Política de Assistência à Saúde dos Servidores.

Carneiro (2012), afirma que o serviço público investe mais no controle individual do absenteísmo que nas ações coletivas de saúde, que aparecem como experiências isoladas, produzindo pouco impacto e padecendo da descontinuidade administrativa, que caracteriza boa parte das políticas públicas. Os setores responsáveis pelas áreas de perícia, assistência médica, saúde e segurança (promoção ≠ saúde) no setor público, em geral, são separados administrativamente, o que dificulta a elaboração de políticas de saúde do servidor mais amplas.

Segundo Ranninger e Nardi (2014), estudos sobre as políticas de atenção à saúde do servidor público, na prática, têm servido apenas como manifestação de boas intenções governistas para com a saúde do servidor público e não integram uma política pública, mas ficam à mercê dos diferentes governos, sendo que os enunciados da Saúde do Trabalhador parecem ter uma frágil penetração em uma área ainda hegemônica da Medicina do Trabalho.

O objetivo geral desse estudo é analisar a efetividade da política de atenção à saúde e segurança do trabalho em implementação pelo Governo Federal no contexto do hospital universitário da UFG.

O critério de avaliação de efetividade subjetiva tem sido cada vez mais usado na medida em que o conceito de bem-estar social tem sido desdobrado em suas dimensões materiais, psicológicas e culturais.

Definiu-se como objetivos específicos: avaliar a implantação de políticas de promoção e vigilância à saúde e de segurança aos servidores técnico-

administrativos; analisar os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos, organizativos, culturais e psicológicos que interferem no processo de adoecimento em trabalhadores do Hospital Universitário da UFG; conhecer as condições de Saúde relacionadas à ocupação/desempenho profissional, analisando a relação doença-trabalho.

Os determinantes da saúde do trabalhador compreendem os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas várias condições de vida e os fatores de riscos ocupacionais que estão presentes nos processos de trabalho. Por isso, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade. O meio ambiente de trabalho é tudo o que está relacionado às condições físicas, químicas, biológicas e ambientais, que podem produzir fatores condicionantes sobre as atividades dos trabalhadores (LIMA, 2014).

Desse modo, para essa dissertação o problema de investigação construído foi: qual a efetividade da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal do hospital universitário da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG)? Quais os fatores sociais, econômicos, tecnológicos, organizativos que influenciam o processo de adoecimento desses servidores?

Destacam-se algumas questões norteadoras complementares ao problema: a falta de efetividade da política de promoção à saúde influencia no processo de adoecimento dos servidores técnico-administrativos do hospital universitário; a ineficácia da política de promoção de saúde e segurança do trabalho repercute no adoecimento dos servidores técnico-administrativos do Hospital Universitário da UFG; a escolaridade, o cargo e a relação hierárquica desempenhada pelo servidor técnico-administrativo da saúde têm relações diretas com o processo de adoecimento do servidor técnico-administrativo; a predominância do sexo feminino e a dupla jornada com a sobrecarga de cuidados com família influenciam no processo de adoecimento; a faixa etária mais elevada combinada com maior tempo de serviço concomitante à ausência de medidas preventivas e de segurança repercutem diretamente no processo de adoecimento.

Para apresentação deste estudo, dividiu-se o trabalho em quatro capítulos. O primeiro capítulo, Saúde do Trabalhador: Contextualização e Definições subdividiram-se em três tópicos. No primeiro tópico, discute-se, o Campo da Saúde do Trabalhador, com três subitens, onde são apresentadas as características da

Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador, estabelecendo-se suas diferenças fundamentais e conceituações.

O segundo tópico, refere-se à Saúde e Trabalho, enfatizando-se essas relações, o processo de trabalho e saúde/doença.

Complementando o debate teórico, procura-se abordar no terceiro tópico, Gênero e Relações de Gênero, em função da predominância do sexo feminino nas categorias profissionais pesquisadas.

Realizou-se revisão da literatura especializada, que serviu de base para a construção do referencial teórico, tendo como referência uma abordagem histórica da Saúde do Trabalhador. Para subsidiar o debate sobre as diferenças conceituais existentes sobre a saúde e trabalho foram estudadas obras de pesquisadores da área, dentre os quais se destacam Lacaz (1996); Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997); Mendes e Dias (1991); Laurel e Noriega (1989); Elias (2004); Cavalcante (2008); Oliveira (2008); Bruschini (2008).

O segundo capítulo, Políticas Públicas Instituídas de Saúde e Segurança, dividiu-se em quatro tópicos. O primeiro tópico refere-se à Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) e o segundo a Política Nacional de Saúde de Humanização (PNH), onde são destacados os princípios, os objetivos e as diretrizes dessas políticas.

O terceiro tópico, Políticas Públicas de Segurança e Saúde do Trabalhador em vigor são abordados: a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). O quarto tópico, refere-se à Política de Saúde para o Servidor Público Federal, com dois subitens: Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (PASS) e Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS-UFG), objetos do estudo.

A pesquisa documental foi realizada com o objetivo de analisar o processo de regulação do Estado sobre a saúde do trabalhador no contexto das relações de trabalho. Foram consultados os principais marcos regulatórios: a Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU (1948); a Constituição Federal de 1988, que universaliza os direitos à saúde e estabelece um novo marco conceitual de saúde; a Lei 8080/1990, que cria o Sistema Único de Saúde - SUS; a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2013); a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2011); a Política Nacional

de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006a); a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (BRASIL, 2009).

Buscou-se a identificação dos marcos legais como referência, consequência de um processo histórico de consolidação de conquistas de setores organizados da sociedade civil brasileira, no sentido de repensar a prática das ações desenvolvidas institucionalmente.

O terceiro capítulo foi dedicado ao Delineamento Metodológico, baseou-se na perspectiva de que as dimensões qualidade e quantidade não são opostas, e se completam. A pesquisa foi quanti-qualitativa, contextualizada e desenvolvida no cenário de trabalho dos servidores técnico-administrativos do HC/UFG. O HC é uma instituição de ensino da área de saúde, hospital de referência em tratamentos de média e alta complexidade, com atendimento exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A população do estudo foi constituída por servidores técnico-administrativos do quadro efetivo, vinculados ao Regime Jurídico Único, lotados no Hospital das Clínicas da UFG. A técnica de amostragem foi probabilística estratificada proporcional do tipo aleatória simples.

Para melhor compreensão do objeto pesquisado, realizou-se coleta de dados através de aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas para os servidores técnico-administrativos de todas as unidades do Hospital Universitário da UFG e outro questionário com perguntas também abertas e fechadas para os gestores do Programa de Promoção à Saúde e Segurança do Trabalho do SIASS/UFG.

O quarto capítulo apresenta os resultados e discussão, visando estabelecer os objetivos propostos e alcançados. As respostas dos servidores técnico-administrativos desvelaram a percepção de efetividade da política de promoção à saúde e segurança do trabalho e sua implementação no HC/UFG.

Procurou-se discutir os aspectos relativos ao conhecimento dos servidores técnico-administrativos e dos gestores acerca da efetividade da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal no contexto do Hospital das Clínicas da UFG.

CAPÍTULO 1

CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR

1.1 O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

A relação entre o trabalho e a saúde/doença constatada desde a Antiguidade e exacerbada a partir da Revolução Industrial, nem sempre se constituiu em foco de atenção levando em consideração a evolução do conceito de saúde, assim como a mudança na maneira pela qual cada sociedade define e julga o trabalho (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Afinal, no trabalho escravo ou no regime servil, inexistia a preocupação em preservar a saúde dos que eram submetidos ao trabalho, interpretado como castigo ou estigma: o “tripalium”, como referência ao instrumento de tortura. O trabalhador, o escravo, o servo eram peças de engrenagens “naturais”, pertencentes à terra, assemelhados a animais e ferramentas, sem história, sem progresso, sem perspectivas, sem esperança terrestre, até que, consumidos seus corpos, pudessem voar livres pelos ares ou pelos céus da metafísica (NOSELLA, 1989).

A partir do início do século XIX ocorreram significativas mudanças nos processos e nas relações de trabalho que repercutiram diretamente sobre a saúde e a segurança dos trabalhadores. O início de tais mudanças ocorreu no período marcado pela Revolução Industrial na Inglaterra, no século XVIII. Houve um segundo grande marco que foi a Segunda Grande Guerra Mundial na primeira metade do século XX e mais recentemente, a partir do final da década de 1960, o período marcado pela terceirização do trabalho, a transnacionalização da economia, a introdução da automação e da informática nos processos de trabalho que provocaram novas mudanças, inicialmente nos países industrializados do mundo ocidental, como a Inglaterra, a França, a Itália e os Estados Unidos e posteriormente na América Latina, conforme Mendes e Dias (1991); Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997); Cavalcante (2008).

As principais terminologias usadas para caracterizar tais mudanças e diferenças foram a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador. Em linhas gerais, pode-se relacionar a Medicina do Trabalho ao seu

foco principal de intervenção sobre as doenças (“recuperação da saúde”), a Saúde Ocupacional à prevenção do adoecimento e dos acidentes (“proteção à saúde”) e a Saúde do Trabalhador à educação para a proteção da saúde (“promoção à saúde”) (MENDES; DIAS, 1991), conceitos que serão discutidos a seguir.

1.1.1 A Medicina do Trabalho

A medicina do trabalho, enquanto especialidade médica surgiu na Inglaterra, na primeira metade do século XIX. Com a Revolução Industrial, o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo. Dr. Robert Baker foi o fundador em 1830 do primeiro serviço médico de empresa, enquanto serviço de medicina do trabalho. A finalidade de tais serviços é que estes deveriam ser dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo; deveriam ser serviços centrados na figura do médico; a prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho deveria ser tarefa eminentemente médica; a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde ficava transferida ao médico. Eram esses os elementos básicos da expectativa do capital (MENDES; DIAS, 1991).

Segundo Mendes e Dias (1991) a implantação de serviços baseados neste modelo rapidamente expandiu-se por outros países, paralelamente ao processo de industrialização e, posteriormente, aos países periféricos, com a transnacionalização da economia.

A preocupação por prover serviços médicos aos trabalhadores começa a se refletir no cenário internacional também na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919. Assim, em 1953, através da Recomendação 97 sobre a "Proteção da Saúde dos Trabalhadores", a Conferência Internacional do Trabalho instava aos Estados Membros da OIT que fomentassem a formação de médicos do trabalho qualificados e o estudo da organização de "Serviços de Medicina do Trabalho". Em 1954, a OIT convocou um grupo de especialistas para estudar as diretrizes gerais da organização de "Serviços Médicos do Trabalho". Em 1958, a OIT substituiu a denominação "Serviços Médicos do Trabalho" por "Serviços de Medicina do Trabalho".

Com efeito, em 1959, a experiência dos países industrializados transformou-se na Recomendação 112, sobre "Serviços de Medicina do Trabalho", aprovada pela Conferência Internacional do Trabalho. Este primeiro instrumento normativo de âmbito internacional passou a servir como referencial e paradigma para o estabelecimento de diplomas legais nacionais (onde baseia-se a norma brasileira).

Instaurava-se assim o que seria uma das características da Medicina do Trabalho mantida até hoje, onde predomina na forma tradicional: sob uma visão eminentemente biológica e individual, no espaço restrito da fábrica, numa relação unívoca e uni causal, buscavam-se as causas das doenças e acidentes. Assim, a Medicina do Trabalho, centrada na figura do médico, orienta-se pela teoria da uni causalidade, ou seja, para cada doença, um agente etiológico.

Transplantada para o âmbito do trabalho, vai refletir-se na propensão a isolar riscos específicos e, dessa forma, atuar sobre suas consequências, medicalizando em função de sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a uma doença. Atribui-se à medicina do trabalho a tarefa de "contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores", conferindo-lhe um caráter de onipotência, próprio da concepção positivista da prática médica (MENDES; DIAS, 1991).

A ênfase é colocada na doença, no desviante ou disfuncionante e quase nada na saúde ou na vida. Os questionamentos acerca dos limites da Medicina do Trabalho na compreensão e na intervenção dos problemas entre trabalho e saúde suscitaram o aparecimento da Saúde Ocupacional. As características da Medicina do Trabalho, no sentido da centralidade da figura do médico e da ausência de intervenção na multicausalidade de fatores do adoecimento foram alguns dos principais desencadeadores do nascimento da Saúde Ocupacional (MENDES; DIAS, 1991).

1.1.2. A Saúde Ocupacional

Num contexto econômico e político como o da Segunda Guerra Mundial e o do pós-guerra, o custo provocado pela perda de vidas abruptamente por acidentes do trabalho, ou mais insidiosamente por doenças do trabalho, começou a ser também sentido tanto pelos empregadores, quanto pelas companhias de seguro, às vezes com o pagamento de pesadas indenizações por incapacidade provocada pelo

trabalho. Crescia a insatisfação e o questionamento dos trabalhadores e dos empregadores, onerados pelos custos diretos e indiretos dos agravos à saúde de seus empregados. A resposta racional, "científica" traduz-se na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões.

A "Saúde Ocupacional" surge das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, e a ênfase na higiene "industrial", refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países "industrializados". A racionalidade "científica" da atuação multiprofissional e a estratégia de intervir nos locais de trabalho, com a finalidade de controlar os riscos ambientais, refletem a influência das escolas de saúde pública, onde as questões de saúde e trabalho já vinham sendo estudadas há algum tempo. Na metade do século passado intensificou-se o ensino e a pesquisa dos problemas de saúde ocupacional nas escolas de saúde pública, principalmente nos Estados Unidos com forte matiz ambiental (MENDES; DIAS, 1991).

No Brasil, a adoção e o desenvolvimento da saúde ocupacional deram-se em várias direções. Reproduziam, aliás, o processo ocorrido nos países do Primeiro Mundo. Na vertente acadêmica, destacou-se a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que criou uma "área de Saúde Ocupacional", e estendeu de forma especial sua influência como centro irradiador do conhecimento, via cursos de especialização e, principalmente, via Pós-graduação (Mestrado e Doutorado). Nas instituições, a Fundação Jorge Duprat e Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO) atuou na difusão de conhecimentos que contribuíram para a promoção da segurança e saúde dos trabalhadores.

Na legislação, expressou-se na regulamentação do Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), reformada na década de 1970, principalmente nas normas relativas à obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho (atual Norma Regulamentadora 4 da Portaria 3214/1978); na avaliação quantitativa de riscos ambientais e adoção de "limites de tolerância" (Normas Regulamentadoras 7 e 15), entre outras (MENDES; DIAS, 1991).

A Saúde Ocupacional avançou numa proposta interdisciplinar com base na Higiene Industrial, relacionando ambiente de trabalho-corpo do trabalhador. Incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado

na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. Os fundamentos teóricos de Leavell e Clark (1976), a partir do modelo da História Natural da Doença, entendem a saúde ocupacional relacionada a indivíduos ou grupos, como derivada da interação constante entre o agente, o hospedeiro e o ambiente, significando um aprimoramento da multicausalidade simples.

Mesmo assim, se os agentes/riscos são assumidos como peculiaridades “naturalizadas” de objetos e meios de trabalho, descontextualizados das razões que se situam em sua origem, a Saúde Ocupacional, repete, na prática, as limitações da Medicina do Trabalho. 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 (MACHADO; MINAYO-GOMEZ, 1995).

As principais críticas à Saúde Ocupacional são as de que o modelo não atende à solução de boa parte das demandas em saúde do trabalhador. Houve questionamentos aos procedimentos técnicos e éticos das equipes multiprofissionais que atendiam mais à necessidade dos patrões do que dos empregados e também que esses trabalhadores, entendidos como objetos e não sujeitos das ações de saúde, não tinham reconhecimento da sua prática e nem voz ativa sobre as deliberações relacionadas à sua saúde, conforme as novas demandas sociais e políticas que emergiam (CAVALCANTE, 2008).

O maior envolvimento dos trabalhadores favoreceu as críticas acirradas aos preceitos e procedimentos da Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional (MT/SO), por exemplo, os exames pré-admissionais, periódicos e demissionais, apontados como práticas discriminatórias (DIAS, 1994).

Na Saúde Ocupacional, apesar do exposto, as ações ainda são centradas na figura do médico, numa concepção positivista e hegemônica, e há uma tendência em responsabilizar o trabalhador acometido por doença ou acidente, concebido como

decorrentes da ignorância e da negligência (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

1.1.3 A Saúde do Trabalhador

A insuficiência do modelo da saúde ocupacional não constitui fenômeno pontual e isolado. Antes, foi e continua sendo um processo que, embora guarde certa especificidade do campo das relações entre trabalho e saúde, tem sua origem e desenvolvimento determinados por cenários políticos e sociais mais amplos e complexos. Um movimento social renovado, revigorado e redirecionado surge nos países industrializados do mundo ocidental na segunda metade da década de 1960. Este processo leva, em alguns países, à exigência da participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança. Como resposta ao movimento social e dos trabalhadores, novas políticas sociais tomam a roupagem de lei, introduzindo significativas mudanças na legislação do trabalho e, em especial, nos aspectos de saúde e segurança do trabalhador.

A década de 1970 testemunhou profundas mudanças nos processos de trabalho. Nesse intenso processo social de discussões teóricas e de práticas alternativas, ganha corpo a teoria da determinação social do processo saúde-doença, cuja centralidade colocada no trabalho contribui para aumentar os questionamentos à medicina do trabalho e à saúde ocupacional. Neste processo de questionamento da prática médica e gestação de uma nova prática, alguns pensadores tiveram papel de destaque. Entre eles, Polack com suas ideias de que "a medicina no modo de produção capitalista é a medicina do capital"; Berlinguer, que trabalhou ativamente a questão da saúde do trabalhador no movimento da Reforma Sanitária italiana; e ainda Foucault ao dissecar questões da prática médica, desnudando o poder e o controle (MENDES; DIAS, 1991).

Segundo Mendes e Dias (1991), como característica básica desta nova prática, destaca-se a de ser um campo em construção no espaço da saúde pública. Assim, sua descrição constitui uma tentativa de aproximação de um objeto e de uma prática, com vistas a contribuir para sua consolidação enquanto área de saúde pública.

O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço

de compreensão deste processo e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho. Nessa trajetória, a saúde do trabalhador rompe com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e tenta superar o enfoque que situa sua determinação no social, reduzido ao processo produtivo, desconsiderando a subjetividade do ser humano.

No Brasil, a emergência da saúde do trabalhador pode ser identificada no início dos anos 1980, no contexto da transição democrática, em sintonia com o que ocorreu no mundo ocidental.

Segundo Lacaz (1996), o campo da Saúde do Trabalhador seria uma nova abordagem e um novo enfoque do ponto de vista conceitual emanado do setor saúde (coletiva) a propósito do estudo e da intervenção; transformação das relações de trabalho e saúde-doença na medida em que procura estabelecer outra articulação com os grupos sociais numa sociedade que passa por mudanças importantes do ponto de vista político e social, tendo como pano de fundo a realidade brasileira dos anos 1970 e início dos anos 1980.

Por Saúde do Trabalhador compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares - técnicas, sociais, humanas - e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Esta perspectiva é resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 25).

Nessa linha de pensamento, antes de representar apenas uma nova abordagem,

saúde do trabalhador refere-se a um campo de saberes e práticas com compromissos teóricos, éticos e políticos. Apresenta-se como uma política pública em saúde que demanda articulações nos diversos setores da sociedade (saúde, previdência social, educação, trabalho e emprego, meio ambiente, dentre outros) (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2008, p. 17).

A Vigilância em saúde do trabalhador é entendida como um processo da saúde pública que articula saberes e práticas de controle e intervenção sobre os problemas que causam danos e agravos relacionados aos processos de trabalho,

aos ambientes de trabalho e às condições em que o trabalho se realiza. O pressuposto da ação de vigilância é, portanto, o controle da exposição na perspectiva de prevenir agravos à saúde dos trabalhadores, manifestos por sofrimento, alteração biológica, dano, desgaste, doença, lesão ou acidente (MACHADO, 1996).

Para Nardi (2004), a saúde do trabalhador, no Brasil, numa perspectiva coletiva, passa a ser compreendida como:

[...] o conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas, como Medicina social, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Clínica Médica, Medicina do trabalho, Sociologia, Epidemiologia social, Engenharia, Psicologia, entre outras tantas – que, aliado ao saber do trabalhador sobre as condições e a organização do trabalho, estabelece uma nova forma diferenciada de atenção à saúde dos trabalhadores e de intervenção nos ambientes de trabalho (2004, p. 49).

Lacaz (1996) também confirma em suas considerações que:

[...] o campo da Saúde do Trabalhador seria uma nova abordagem e um novo enfoque do ponto de vista conceitual, emanado do setor saúde (coletiva) a propósito do estudo e da intervenção/transformação das relações de trabalho e saúde-doença, na medida em que procura estabelecer uma outra articulação com os grupos sociais numa sociedade que passa por mudanças importantes do ponto de vista político e social, tendo como pano de fundo a realidade brasileira do final dos anos 1970 e início dos 1980 (1996, p. 51-52).

Assim, a área de Saúde do Trabalhador no Brasil tem uma conotação própria, reflexo da trajetória que lhe deu origem e vem constituindo seu marco referencial, seu corpo conceitual e metodológico. A princípio é uma meta, um horizonte, uma vontade que entrelaça trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e pesquisadores sob premissas nem sempre explicitadas. Um percurso próprio dos movimentos sociais, marcado por resistência, conquistas e limitações nas lutas coletivas por melhores condições de vida e de trabalho; pelo respeito/desrespeito das empresas à questionável legislação existente e pela omissão do Estado na definição e implementação de políticas nesse campo, bem como sua precária intervenção no espaço laboral (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Enquanto campo de conhecimento, Saúde do Trabalhador é, por isso, uma construção que combina um alinhamento de interesses, em determinado momento histórico, onde as questões, politicamente colocadas, adquirem relevância e há

condições intelectuais para discuti-las e enfrentá-las sob os pontos de vista científico e epistemológico. Como todo campo científico vem mediado por relações sociais “é sempre um lugar de luta, mais ou menos desigual entre agentes dotados de capital específico e, portanto, desigualmente capazes de se apropriarem do trabalho científico” (ORTIZ, 1983, p. 136).

Nele estão presentes, de forma latente ou explícita, as contradições que marcam as relações entre capital e trabalho e que permeiam as concepções, relações de força, monopólios, estratégias e práticas dos profissionais com atribuições e compromissos diferenciados na área (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

De acordo com Laurell e Noriega (1989), a saúde do trabalhador é um problema tanto para o trabalho como para o capital que, todavia, se coloca de maneira distinta para cada um deles. Dessa forma, para o capital a questão consiste em quais são as características requeridas da força de trabalho, enquanto para o trabalho a questão é em que condições se desenvolvem seus processos vitais. Para o primeiro é, pois, um dos problemas da produção enquanto para o segundo é o problema da vida.

Em síntese, por Saúde do Trabalhador compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares - técnicas, sociais, humanas - e interinstitucionais desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum (MINAYO-GOMEZ ; THEDIM-COSTA, 1997).

A produção de conhecimentos sobre saúde e trabalho ao longo do século XX foi construída a partir de uma perspectiva de análise e prospecção do crescimento econômico e social e suas diferentes formas de proteção social vinculadas ao emprego formal. Por muitas décadas, no Brasil, as políticas na área da Saúde do Trabalhador, estiveram voltadas, preponderantemente, para situações de riscos sociais, garantidas através de um seguro social contributivo, caracterizando-se como uma ação indenizatória de reparação das sequelas decorrentes do trabalho, perpetuando assim o enfoque socialmente aceitável sobre a saúde do trabalhador (RODRIGUES, 2012).

Em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o marco mais importante na história da política pública de saúde neste país, que pode ser considerada como a Pré-Constituinte da Saúde. Esta Conferência, sendo a primeira com participação popular, contou com presença ampla de diversos segmentos da

sociedade civil, desde as representações sindicais, conselhos, associações e federações nacionais de profissionais de saúde. Com o tema “Democracia e Saúde”, reuniu cerca de quatro mil e quinhentas pessoas - sendo mil delegados -, para discutir os rumos da saúde no país, a partir dos seguintes eixos temáticos: “Saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. A 8ª Conferência Nacional de Saúde significou o momento de sedimentação do projeto da Reforma Sanitária brasileira, expresso no seu relatório final (BRAVO, 2010).

Toda esta movimentação foi articulada pelo Movimento Sanitário que elaborou o projeto de Reforma Sanitária brasileira que tem como característica central a elaboração de propostas de fortalecimento do setor público.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde pode ser considerada um marco importante na história da saúde no Brasil, balizando o coroamento do movimento da reforma sanitária. Nessa conferência, foi elaborado um conceito ampliado de saúde que reconhece o ser humano como ser integral e a saúde, como qualidade de vida. Nessa perspectiva, a saúde resulta das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, bem como do acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2009).

Conforme Oliveira (2009), o ano de 1986 foi um marco na mobilização popular pela saúde do trabalhador brasileiro, também devido a Primeira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. No entanto, somente em 1998, foi editada a Portaria nº3.908, por meio da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS), que instituiu os procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e os serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

É importante ressaltar que hoje as principais políticas públicas de saúde em vigor foram fomentadas e construídas a partir de debates e discussões realizados nas últimas Conferências Nacionais de Saúde, e neste contexto é que estarão reunidos todos aqueles que acreditam e que lutam por um país onde impere a justiça social, a democracia e a participação popular na definição das políticas públicas. As relações entre saúde e trabalho sempre surgiram como dado empírico na longa experiência humana.

Os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas

em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade (SILVA, 1999, p. 289-290).

A Carta Magna de 1988, como se encontra no caderno de legislação do Ministério da Saúde de 2001, em seu artigo 6º define:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 2001 p. 11).

A Constituição Federal de 1988 [...] É de fundamental importância para a saúde, dado seu conteúdo eminentemente humanista, sendo a primeira constituição brasileira a referir-se “explicitamente à saúde como integrante do interesse público fundante do pacto social” (DALLARI, 1995), ao declarar, em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2001, p.11).

E em seu artigo 200:

Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: (...) II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; (...) VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 2001, p. 11).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, explicita que redução do risco de doença, agravos e o acesso universal e igualitário aos serviços

de promoção, proteção e recuperação são responsabilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) para saúde do trabalhador e expressa intervenções 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).

No processo de construção das práticas de Vigilância da Saúde, aspectos demográficos, culturais, políticos, socioeconômicos, epidemiológicos e sanitários devem ser buscados, visando à priorização de problemas de grupos populacionais inseridos em determinada realidade.

Importante contribuição para a constituição do campo - Saúde do Trabalhador foi o desenvolvimento de um método de pesquisa acerca da relação trabalho e saúde, que não se restringisse apenas ao saber técnico da medicina e/ou da engenharia do trabalho, mas que bebesse na fonte de quem, realmente, vive a problemática das contradições capital/trabalho: os próprios trabalhadores (LACAZ, 1996).

Trata-se do Modelo Operário, um método inovador de pesquisa dos agravos à saúde dos trabalhadores, o qual ocorreu em fins de 1960, na Itália, quando os próprios trabalhadores participaram de investigações pertinentes ao que afetavam a sua saúde no ambiente de trabalho.

O Modelo Operário previa a realização de inquéritos com a expressiva participação dos trabalhadores. Ressalta-se que a ação era dos trabalhadores e não dos profissionais (médico, engenheiros) de ação tradicional na área, e o objetivo dos trabalhadores com esse método era conhecer a sua realidade de trabalho para transformá-la. Ao colocar os trabalhadores como sujeitos e protagonistas e não mais como objeto das intervenções, o Modelo Operário, desenvolvido na Itália, abre o flanco para o fortalecimento dos trabalhadores na luta pela saúde que resulta também na reivindicação da ampliação dos serviços públicos de saúde para o atendimento dessas questões (DIAS, 1994).

Tal participação representa uma mudança de paradigma, pois até então a relação trabalho e saúde estava restrita ao conhecimento técnico sustentado pela Medicina do Trabalho (MT) ou Saúde Ocupacional (SO). Assim, os trabalhadores

poderiam lutar pela transformação daqueles ambientes e, sobretudo, das relações sociais de trabalho, incluindo, portanto, as questões de saúde na sua pauta de reivindicação (LOURENÇO; BERTANI, 2008).

Outro ator marcante nesse processo, o movimento sindical de trabalhadores, também participa das mudanças. Segundo Mendes (1991), a influência exercida sobre os sindicatos brasileiros pelo Modelo Operário Italiano (MOI), a partir de final dos anos 1970, estimulou a luta pela melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde para superar o estágio economicista das reivindicações pelo recebimento dos adicionais de insalubridade, a “monetização do risco”.

Intercâmbio estabelecido entre técnicos, sindicalistas brasileiros e italianos, iniciado com a vinda de G. Berlinguer ao Brasil em 1978, ajudou a disseminar a proposta do MOI, método de intervenção contra a nocividade do trabalho desenvolvido pelos operários italianos, apoiados por técnicos militantes, no final dos anos 1960, sendo pilar importante na implantação do Sistema Nacional de Saúde como parte da Reforma Sanitária Italiana e que terá influência sobre técnicos e dirigentes sindicais brasileiros atuantes em Saúde do Trabalhador (LACAZ, 2008).

A saúde dos trabalhadores se torna questão na medida em que outras questões são colocadas no País. Manifesta-se no âmago da construção de uma sociedade democrática, da conquista de direitos elementares de cidadania, da consolidação do direito à livre organização dos trabalhadores. Envolve, especificamente, o empenho tanto de setores sindicais atuantes frente a determinadas situações mais problemáticas das suas categorias, quanto ações institucionais em instâncias diversas conduzidas por profissionais seriamente comprometidos em sua opção pelo polo trabalho (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Segundo Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997), o avanço científico ao suscitar o questionamento das abordagens funcionalistas, ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho. Reformula-se o entendimento “das relações entre o social e as manifestações patológicas, a categoria trabalho aparecendo como momento de condensação, em nível conceitual e histórico, dos espaços individual (corporal) e social” (DONNANGELO, 1983, p. 32).

Na crítica ao modelo médico tradicional, atinge-se a compreensão de que:

a medicina não apenas cria e recria condições materiais necessárias à produção econômica, mas participa ainda da determinação do valor histórico da força de trabalho e situa-se, portanto, para além dos seus objetivos tecnicamente definidos (DONNANGELO, 1979, p. 34).

Em síntese, apesar dos avanços significativos no campo conceitual que apontam um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde consubstanciados sob a denominação de Saúde do Trabalhador, depara-se, no cotidiano, com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Tal fato coloca em questão a já identificada distância entre a produção do conhecimento e sua aplicação, sobretudo num campo potencialmente ameaçador, onde a busca de soluções quase sempre se confronta com interesses econômicos arraigados e imediatistas, que não contemplam os investimentos indispensáveis à garantia da dignidade e da vida no trabalho (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

1.2 SAÚDE E TRABALHO

São inúmeros os relatos já na Antiguidade que apontam para essa relação, Saúde e Trabalho. No entanto, é somente a partir dos séculos XVI e XVII, em pleno desenvolvimento do modo capitalista de produção, que surgem abordagens de natureza científica. Bernardino Ramazzini (1633-1714), médico italiano, é considerado um dos pioneiros nesse campo. No livro *De Morbis Artificum Diatriba* (Doenças do Trabalho) ele arrola uma série de enfermidades decorrentes do contato do trabalhador com agentes químicos, metais, poeiras e outros e, com isso, dá visibilidade ao problema do adoecimento pelo trabalho (ZANIN et al., 2015).

As sociedades ocidentais organizam em cada período histórico, as formas de produção de bens e serviços que se expressam em relações de trabalho. As características históricas do mundo do trabalho e do modo de produção têm forte influência no contexto político, social e cultural que predominam em cada época histórica, que foram: o escravista, o feudal e o capitalista. Do ponto de vista do capital é necessário que os trabalhadores produzam além do que precisam para a sua sobrevivência. Entretanto, o trabalho pode resultar na ruptura do equilíbrio energético, produzir formas variadas de distúrbios mentais e levar ao desgaste, ao adoecimento ou a morte precoce. Pode-se compreender o trabalho como:

Atividade dirigida com o fim de criar valores de uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; é condição necessária do intercâmbio material entre o homem e a natureza; é condição natural eterna da vida humana, sem depender, portanto, de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas às suas formas sociais (MARX, 2004, p. 38).

A década de 1980 presenciou, nos países de capitalismo avançado, profundas transformações no mundo do trabalho, nas suas formas de inserção na estrutura produtiva, nas formas de representação sindical e política. Foram tão intensas as modificações que se pode afirmar que a classe que vive do trabalho sofreu a mais aguda crise deste século, que atingiu não só a sua materialidade, mas teve profundas repercussões na sua subjetividade e, no ritmo interrelacionamento destes níveis, afetou a sua forma de ser (ANTUNES, 2014).

A referência central para o estudo dos condicionantes da saúde-doença é o processo de trabalho, conceito recuperado nos anos 1970 das ideias expostas por Marx, particularmente no Capítulo VI Inédito de *O Capital* (MARX, 1978). Na interseção das relações sociais e técnicas que o configuram, se expressa 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 (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

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 neo-taylorismo, pós-fordismo, toyotismo, redundam na constituição de coletivos diferenciados de trabalhadores e de uma multiplicidade de agravos potenciais à saúde. Desvendar a dinâmica dessas situações implica um empenho permanente de aproximação-teorização, capaz de ampliar a interpretação de um quadro aparentemente dado e imutável, que condiciona ou determina a formulação de alternativas tecnológicas/organizacionais, cujas repercussões não se restringem aos centros de trabalho (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

Conforme Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997) a aplicação desse instrumental analítico enquanto construção histórica permite apreender as permanências e as transformações atuais que geram novas formas de organizar o trabalho, em função das necessidades de acumulação e do dinamismo da sociedade de mercado. É possível interpretar suas implicações no novo tipo de trabalhador que

é forjado - qualificado, polivalente, terceirizado em níveis diversos, com vínculos precários - e no crescimento do mercado informal, bem como no contingente de excluídos social e economicamente.

A apropriação do conceito "processo de trabalho" como instrumento de análise possibilita reformular as concepções ainda hegemônicas que ao estabelecerem articulações simplificadas entre causa e efeito, numa perspectiva uni ou multicausal, desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde/doença. Tais concepções, mesmo quando incluem variáveis socioeconômicas, na tentativa de aprimorar a compreensão das razões do adoecimento, revestem-se de um caráter reducionista, na medida em que o social é um elemento a mais, dentre os fatores de risco. "Os fatores de risco de adoecer e morrer são considerados com o mesmo valor potencial de agressão ao homem" (MENDES; DIAS, 1991, p. 345).

O trabalho se materializa através do processo que engloba as condições objetivas, como os instrumentos e materiais utilizados e as condições subjetivas, que compreendem as aspirações, desejos e possibilidades exercitadas pelo trabalhador de acordo com o significado e o sentido que o trabalho adquire em sua vida (AGUIAR, 2008).

As transformações ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho têm repercutido na saúde dos indivíduos e do coletivo de trabalhadores. A intensificação laboral é traço característico da atual fase do capitalismo. A insegurança gerada pelo medo do desemprego faz com que as pessoas se submetam a regimes e contratos de trabalho precários, percebendo baixos salários e arriscando sua vida e saúde em ambientes insalubres, de alto risco (ELIAS, 2006).

O capital tem a tendência a reduzir ao necessário o trabalho vivo diretamente empregado, a encurtar sempre o trabalho requerido para fabricar um produto – explorando as forças produtivas sociais do trabalho. Se observarmos de perto a produção capitalista, abstraindo do processo de circulação e da hipertrofia da concorrência, verificamos que procede de maneira extremamente parcimoniosa com o trabalho efetuado, corporificado em mercadorias. Entretanto, mais do que qualquer outro modo de produção, esbanja seres humanos, desperdiça carne e sangue, dilapida nervos e cérebro.

Na realidade, só malbaratando monstruosamente o desenvolvimento individual assegura -se e realiza - se o desenvolvimento da humanidade na época histórica que precede a fase em que se reconstituirá conscientemente a sociedade humana. Todas

as parcimônias de que estamos tratando decorrem do caráter social do trabalho, e é de fato esse caráter diretamente social a causa geradora desse desperdício de vida e da saúde dos trabalhadores (MARX, 1974, p. 97, 99).

No que concerne mais diretamente ao trabalho, é também evidente que as formas atuais de valorização do valor trazem embutidas novos modos de geração da mais-valia (sob a forma absoluta e/ou relativa), ao mesmo tempo em que expulsa da produção uma infinidade de trabalhos que se tornam sobrantes, descartáveis e cuja função passa a ser a de expandir o bolsão de desempregados, deprimindo ainda mais a remuneração da força de trabalho em amplitude global, pela via da retração do valor necessário à sobrevivência dos trabalhadores e das trabalhadoras (ANTUNES, 2010).

Com o passar dos tempos, o trabalho foi se tornando cada vez mais degradante e aviltante para o homem que o desenvolve, geralmente, como única forma de conseguir manter-se vivo. Ele, então, reproduz sua força de trabalho, através da venda de seu esforço físico, de sua saúde, de parcela significativa de sua vida (MENDES, 2003, p. 22).

Se por um lado necessitamos do trabalho humano e reconhecemos seu potencial emancipador, devemos também recusar o trabalho que explora, aliena e infelicitiza o ser social. Essa dimensão dúplice e dialética presente no trabalho é central quando se pretende compreender o labor humano (ANTUNES, 2005).

Quando as exigências do meio, principalmente as do trabalho, são maiores que as formas pessoais de adaptação e resiliência, o indivíduo perde autonomia e aumentam as probabilidades de se instalarem doenças (BRASIL, 2010).

No Brasil, as relações entre trabalho e saúde formam um mosaico, coexistindo múltiplas situações de trabalho caracterizado por diferentes estágios de incorporação tecnológica, diferentes formas de organização e gestão, relações e formas de contrato de trabalho, que se reflete sobre o viver, o adoecer e o morrer dos trabalhadores. Essa diversidade de situações de trabalho, padrões de vida e de adoecimento tem se acentuado em decorrência das conjunturas política e econômica.

O processo de reestruturação produtiva, em curso acelerado no Brasil a partir da década de 1990, tem consequências ainda pouco conhecidas sobre a saúde do trabalhador, decorrentes da adoção de novas tecnologias, de métodos gerenciais e da precarização das relações de trabalho. A precarização do trabalho caracteriza-se

pela desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais, a legalização dos trabalhos temporários e da informatização do trabalho (BRASIL, 2001).

Segundo Boschetti e Salvador (2008):

As consequências da incorporação do ideário neoliberal nas sociedades que, como a brasileira, vivem os impasses da consolidação democrática, do frágil enraizamento da cidadania e das dificuldades históricas de sua universalização, expressam-se pelo acirramento das desigualdades sociais, encolhimento dos direitos sociais e trabalhistas, aprofundamento dos níveis de pobreza e exclusão social (2008, p. 75-76).

Essa precarização tem uma correlação com a vida do trabalhador que para garantir a sua sobrevivência, se pauta em atender as suas necessidades básicas, e quando o mesmo se desdobra em busca de melhores condições de vida, sobrecarrega levando-o ao adoecimento, perdendo o único bem que ainda lhe resta para negociar, a saúde.

A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento profissional está marcada social e historicamente pela incapacidade para o trabalho e pela insegurança. Essa experiência é intensificada pelo incremento das exigências trazidas pela flexibilização do trabalho, pelo risco do desemprego e pelas dificuldades colocadas nas vias institucionais legais.

Conforme a legislação brasileira, o trabalhador necessita comprovar o vínculo entre o seu adoecimento e o seu trabalho para integrar os benefícios a que tem direito na sua condição. Essa comprovação implica contrapor-se às formas como articulam-se os processos saúde e doença no modo de produção capitalista, na medida em que é mais valorizada a confissão do adoecimento e de seus efeitos do que a busca de formas de superação dessa situação. Ocorre que esses processos se estabelecem no território de poder do discurso médico, em geral, associado ao capital e dentro do qual a doença emerge como demonstração de "fraqueza" e "incapacidade" do trabalhador, o que faz com que este, ao mostrar-se doente, também se mostre incapaz (LAURELL; NORIEGA, 1989).

A incorporação do papel das relações produção/trabalho - ambiente e saúde na determinação do processo saúde-doença da população pode ser identificada no sistema público de saúde brasileiro, desde sua criação, em práticas de controle de vetores de doenças e de saneamento básico. Também, os trabalhadores têm sido

atendidos pela rede de serviços de saúde, apesar desse não contemplar a centralidade dos processos produtivos na determinação da saúde, doença, nem a perspectiva do direito a saúde, com universalidade de acesso ao cuidado integral (DIAS, 1994).

As inter-relações produção/trabalho, ambiente e saúde, determinadas pelo modo de produção e consumo hegemônico em uma dada sociedade, são as principais referências para se entender as condições de vida, o perfil de adoecimento e morte das pessoas, a vulnerabilidade diferenciada de certos grupos sociais e a degradação ambiental e, assim, para construir alternativas de mudança capazes de garantir vida e saúde para o ambiente e a população (DIAS, 1994).

Segundo o modelo da determinação social do processo saúde-doença o trabalho organiza a vida dos homens “o que e como produzem o que pensam o que consomem (onde mora, o que comem, onde estudam como se informam/formam os serviços a que tem acesso), o que valorizam em que acreditam” (DIAS, 1994, p. 61).

As doenças resultam da inserção do trabalhador em processo de trabalho e de sua inserção social. Em relação aos trabalhadores, há que se considerar os diversos riscos ambientais e organizacionais aos quais estão expostos, em função de sua inserção nos processos de trabalho (BRASIL, 2001).

Conforme Elias (2004), o SUS é entendido como a principal política pública para o setor de saúde e o projeto maior do movimento sanitário brasileiro. No momento histórico atual tem o desafio principal de efetivar-se como Política de Estado e (re) significar o SUS como expressão da negociação Estado/sociedade consagrada na Constituição Federal imune em seus fundamentos às naturais alternâncias de poder. É um grande desafio, a julgar as práticas políticas históricas e correntes, vigentes nas três esferas de governo, de partidarização da máquina pública e apropriação das políticas sociais pelos governantes em prol da lógica de sua reprodução política.

Mesmo após quase 25 anos de regulamentação da atribuição constitucional da atenção à saúde do trabalhador pela citada lei, o SUS ainda não incorporou efetivamente o lugar que o trabalho desempenha na vida dos indivíduos e suas relações com os espaços sócio ambientais.

O SUS está completamente sitiado pela disposição da relação Estado/sociedade nesse momento histórico. Acossado pela mercantilização da saúde – caracterizada pela regulamentação do sistema privado de saúde (planos e seguro-

saúde) e adoção de parâmetros de gestão permeados pela noção de custo/efetividade ou custo/benefício e pela flagrante insuficiência do financiamento perante os compromissos previstos na Constituição Federal na área da saúde (ELIAS, 2004).

A área da saúde assim estruturada concorre para o padrão de regulação social denominada por Santos (1979) de cidadania regulada, mantendo-se praticamente intocada até o final da década de 1980. Nos anos 1990 acentuam-se os conflitos quando a agenda passa a ser pautada por uma reforma do Estado influenciada pelo movimento da globalização e pelos postulados do neoliberalismo. Principalmente no terço final da década de 1990, essa reforma promove o esmaecimento da linha que separa o Estado do mercado, influenciada por iniciativas internacionais de "parceria" ou, melhor dizendo, de verdadeira sociedade entre os entes público e privado (ELIAS, 2004).

Podemos perceber:

Drásticas reduções dos investimentos públicos na área do bem-estar social. Cortam-se gastos sociais e transferem-se serviços para o setor empresarial, condizente com a política de privatização, levada a efeito pelo Estado (IAMAMOTO, 2009, p. 159).

Segundo Santos (2010), nestes 20 anos do SUS, a classe média, os trabalhadores sindicalizados e os servidores públicos vão consolidando sua opção pelos planos privados de saúde e fragilizando ou anulando sua participação nas mobilizações a favor do sistema público. Os princípios e diretrizes da integralidade, da equidade, da regionalização e da participação dos conselhos de saúde na formulação de estratégias tem sua implementação dispersada entre poucas iniciativas, pontuais e/ou frágeis e/ou confusas, quando comparada à implementação dos princípios da Universalidade e Descentralização da referida política.

A inclusão social pelo novo sistema público de saúde, calcada em grande elevação da produtividade/produção e utilização dos serviços, não vem trazendo no seu bojo as mudanças estruturais no modelo de atenção orientadas pelo conjunto dos princípios e diretrizes do SUS, mas sim, mudanças ainda funcionais que tencionam, mas não conseguem mudar os interesses e estruturas básicas do modelo "pré-SUS". Na média nacional, a Atenção Básica à Saúde não consegue planejar-se nem realizar-se em direção à Universalidade e nem para atingir alta resolutividade

(85 a 90% das necessidades de saúde), mas sim na população abaixo da linha da pobreza e com baixíssima resolutividade.

Na saúde, sob influência do modelo dos EUA após a Segunda Guerra Mundial, a compra estatal de bens e serviços no mercado vem sendo crescente e no caso dos serviços médico-hospitalares, por produção mediante tabela de procedimentos, com valores na maior parte subestimados perante os custos, enquanto método grotesco e atrasado de ajuste às disponibilidades orçamentárias públicas (SANTOS, 2010, p. 6).

Ser saudável significa, então, ser capaz de detectar, interpretar e reagir, ser capaz de instituir normas, de ser normativo. O indicador de saúde, para esta abordagem, diz respeito às diferentes possibilidades de lidar com a doença. Ainda dentro dessa concepção, deriva-se o pressuposto de que o trabalho é um elemento central na compreensão do processo saúde/doença, não apenas porque pode gerar riscos à saúde, mas principalmente porque o trabalho estrutura a organização da sociedade. Na sociedade capitalista, o processo de produção organiza toda a vida social e produz modos específicos de trabalhar (RAMOS, 2008).

Os trabalhadores além de compartilharem dos perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco, podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado (BRASIL, 2001).

O ambiente de trabalho pode converter-se em elemento agressor do indivíduo. Qualquer que seja a origem do desequilíbrio existe a possibilidade de dano para a saúde do trabalhador. Assim, o estudo do ambiente de trabalho deve compreender os seguintes aspectos: os diferentes tipos (características); os fatores que o condicionam; as alterações; as medidas que devem ser adotadas para evitar a agressão do ambiente sobre o indivíduo (MAURO et al., 2004).

Para Guilard et al. (2010), os profissionais da área da saúde vivem sob o risco frequente de contrair diversas infecções no seu ambiente de trabalho.

Segundo Pires (2000), o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no

mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

A efetivação da saúde, portanto, em conformidade com os ditames constitucionais, exige providências de várias ordens, a começar pela reforma do Estado para torná-lo capaz de realizar a saúde como direito universal. A consecução desse objetivo exigirá do Estado formulação de políticas voltadas à desmercantilização da saúde – o que no âmbito mais imediato da assistência médica implica o incentivo a formas não lucrativas, em detrimento das modalidades lucrativas na produção de serviços –, e à busca incessante de novas modalidades de gestão na relação público/privado, capazes de viabilizar a eficácia social do sistema de saúde (ELIAS, 2004).

O conhecimento da organização do trabalho e das situações de tensão vivenciadas pelos trabalhadores é passo fundamental para compreender melhor as vias de desgaste mental, que se traduzem em adoecimentos individualizados. O estabelecimento de nexos causais entre as variáveis de adoecimento e situação laborativa é visto como uma questão complexa que envolve idiosincrasias, características individuais, história de vida e de trabalho enquanto fatores influenciadores, configurando-se um processo específico para cada indivíduo. Deve ser analisado, além do ambiente e da organização do trabalho, a percepção do trabalhador a respeito da influência do trabalho no seu processo de adoecimento (SILVA JUNIOR, 2012).

Para Nunes e Lins (2009), muitos dos ingredientes essenciais de satisfação, saúde e bem-estar na vida estão intrinsecamente vinculados com o trabalho e a profissão. O trabalho pode ser considerado uma fonte de satisfação das mais diversas necessidades humanas, tais como autorrealização, manutenção de relações interpessoais e sobrevivência. Como fruto do trabalho, a compensação financeira permite que o sujeito atenda às suas necessidades básicas. Por outro lado, o trabalho também pode ser fonte de sofrimento, quando contém fatores de risco para a saúde e, de certo modo, o trabalhador não dispõe de instrumental suficiente para se proteger desses riscos.

O trabalho deveria ser considerado como uma atividade criativa e prazerosa na vida dos indivíduos, que poderia favorecer o desenvolvimento das habilidades físicas e mentais, além de melhorar a qualidade de vida com base em uma remuneração adequada. Também o horário deve ser compatível com a saúde do

trabalhador e que proporcione tranquilidade e alegria para a sua vida e a de sua família. A realidade se concretiza de forma muito diferente, o ambiente das organizações de trabalho apresenta em seu cotidiano trabalhadores que vendem o único bem disponível, a sua força de trabalho, em troca de sobrevivência e, com isso, constituindo um cenário privilegiado para a observação de conflitos gerados no interior desses ambientes (ALVES, 2000).

Conforme aponta Dejours (1987), trabalho prazeroso é aquele em que cabe ao trabalhador uma parte importante da concepção. Para que se tenha esse trabalho prazeroso o trabalhador precisa ser assistido em todas as suas necessidades básicas, no seu desempenho e satisfação, o que minimiza os agravantes de doenças relacionadas ao trabalho.

Para Assunção (2003), o trabalho convoca o corpo inteiro e a inteligência para enfrentar o que não é dado pela estrutura técnico-organizacional, configurando-se como um dos espaços de vida determinantes na construção da saúde. Os profissionais se deparam frequentemente, com suas tentativas frustradas em estabelecer um perfil de morbidade coerente com as queixas dos trabalhadores relacionadas, por exemplo, ao desconforto do posto de trabalho, à sensação de esgotamento, ou às perturbações na vida familiar.

1.3 GÊNERO E TRABALHO

Complementando o debate teórico das categorias importantes neste estudo, faz-se necessário definir também as categorias de gênero, relações de gênero e gênero no trabalho, em função da predominância do sexo feminino nas categorias profissionais pesquisadas além da crescente presença feminina no mundo do trabalho.

A palavra gênero é resultado de uma construção histórica. No Dicionário de Filosofia de N. Abbagnano vamos encontrar três definições dadas por Aristóteles ao termo “gênero”: a geração contínua de todos os seres, neste sentido diz-se o gênero humano; estirpe ou raça no sentido de descendência, linhagem; o sujeito ao qual se atribuem as oposições ou as diferenças específicas, neste sentido, o gênero é o primeiro constituinte da definição e assim pode ser chamado, junto com a espécie, como a substância segunda que entra para compor a essência necessária ou “substancia primeira”.

Na Biologia prevalece o uso taxinômico que serve para classificar os seres vivos (Reino, Família, Gênero, Espécie, etc.).

A diferença entre sexo e gênero foi utilizada em Antropologia por J. Money, ao se referir a papéis de gênero ao invés de papéis sexuais, para descrever condutas de homens e mulheres no contexto das diferentes culturas por ele estudadas. “Gênero” definiria melhor as diferenças sociais e culturalmente construídas e sustentadas pela tradição, em oposição a “sexo” que se refere ao conjunto das características biológicas (GONÇALVES, 1996).

Segundo esta autora a construção do conceito de gênero e sua posterior utilização como categoria de análise histórica remontam a teóricas e teóricos feministas americanos que nos anos 1970 e 1980 ocuparam-se com a elaboração de instrumental teórico que pudesse ser útil para as análises feitas valendo-se de estudos sobre a mulher. Heilborn retoma, mais recentemente, essa análise:

(N)uma perspectiva simbólica da sociedade (...) o gênero está arrolado entre as categorias universais do pensamento humano. Gênero é um constructo abstrato, um princípio de classificação que emerge da observação do real: diferenciação sexual do reino animal e vegetal. Entretanto, o que a operação lógica mantém do real é o princípio da descontinuidade, do que não é idêntico, inscrito na biologia. Representa, portanto, a marca elementar da alteridade... Masculino e feminino possuem significados distintos em cada cultura. Este par classificatório, tomado como idioma, impera sobre atividades e objetos que a eles são associados (...). O universo circundante passa, portanto, por uma categorização de gênero. Pode-se ir mais além e indagar se ele (gênero) se constitui em uma espécie de matriz de outras classificações simbólicas, isto é, se possui, diante de outras atividades do pensamento, alguma precedência... (HEILBORN *apud* MOTTA, 1999, p. 200).

Falar em teoria de gênero, portanto, é falar em teoria e prática feminista ou pelo menos do universo feminista como o conhecemos no Ocidente, onde esta teoria e esta prática se circunscrevem às relações sociais construídas por mulheres e homens.

O gênero é um conceito, uma categoria analítica, não é uma positividade, algo que possamos contar, aferir, pôr em tabelas. O gênero tal como é tratado atualmente pelas ciências humanas, refere-se à forma como cada cultura trata as diferenças entre sexos, alocando a cada um deles determinados atributos e à maneira de como estes atributos são valorados socialmente. Neste sentido, o sistema-sexo é universal,

encontra-se em todas as sociedades conhecidas pelo ser humano. A assimetria nas relações sociais, em algum grau, é constitutiva destas sociedades (GONÇALVES, 1998).

A tendência atual do movimento feminista é considerar o poder como produtor de subjetividade, como algo bom e positivo e não como mero exercício de competição com homens pelos espaços tradicionalmente ocupados por eles. Empowerment, usamos como empoderamento, tem sido a palavra de ordem usada pelas mulheres como estratégia de vencer a desigualdade e a carga discriminatória que pesa sobre elas (GONÇALVES, 1998).

A categoria gênero explica as relações desiguais entre os sexos como relações sociais, culturais, políticas e econômicas (re)produtoras de relações sociais desiguais que legitimam e naturalizam desigualdades estabelecidas historicamente com base em construções culturais e sociais que diferenciam e hierarquizam os sexos. Ou seja, essa categoria questiona o lugar social e cultural ocupado pela mulher, lugar esse construído hierarquicamente como uma relação aparentemente natural de poder entre os sexos e aborda a dimensão social, cultural e material da desigualdade sexual (BOLZAN, 2016).

Por relações de gênero entende-se a manifestação de uma desigual distribuição de responsabilidade na produção social da existência. A sociedade estabelece uma distribuição de responsabilidades que são alheias às vontades das pessoas, sendo que os critérios desta distribuição são sexistas, classistas e racistas. Do lugar que é atribuído socialmente a cada um, dependerá a forma como se terá acesso à própria sobrevivência como sexo, classe e raça, sendo que esta relação com a realidade comporta uma visão particular da mesma (CARLOTO, 2001).

Na produção social de sua existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade, relações de produção que correspondem a um dado grau de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. O conjunto destas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se ergue uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem determinadas formas de consciência social. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que lhes determina o ser; ao contrário, seu ser social determina sua consciência (MARX, 2008, p. 47).

Na história, pode-se observar nos mais diversos segmentos da vida social, a presença feminina. Porém, fica evidente a existência da divisão sexual do trabalho, ou seja, tarefas consideradas masculinas ou femininas, que dividiram as ações de homens e mulheres na sociedade. Embora as sociedades ocidentais estejam progressivamente incrementando e operacionalizando o discurso igualitário entre homens e mulheres em áreas como cultura, educação e legislação, mudanças reais são escassas quando se analisa a divisão hierárquica do trabalho em relação ao gênero (MACEDO; MACEDO, 2004).

Hoje em dia, o feminismo se coloca mais claramente dentro do projeto das transformações sociais mais amplas, trazendo para esse projeto de transformação mais perspectiva radical sobre as relações de gênero e essa perspectiva leva, por sua vez, a novos entendimentos e novas concepções feministas sobre tudo – sobre cidadania, a própria democracia, a política, a pobreza – sobre uma série de assuntos que em outras épocas eram considerados gerais (ALVAREZ, 2004, p. 23).

A presença feminina no mundo do trabalho nos permite acrescentar que, se a consciência de classe é uma articulação complexa, comportando identidades e heterogeneidades, entre singularidades que vivem uma situação particular no processo produtivo e na vida social, na esfera da materialidade e da subjetividade, tanto a contradição entre o indivíduo e sua classe, quanto aquela que advém da relação entre classe e gênero, tornaram-se ainda mais agudas na era contemporânea. A classe-que-vive-do-trabalho é tanto masculina quanto feminina. É, portanto, também por isso, mais diversa, heterogênea e complexificada. Desse modo, uma crítica do capital, enquanto relação social, deve necessariamente apreender a dimensão de exploração presente nas relações capital/trabalho e também aquelas opressivas presentes na relação homem/mulher, de modo que a luta pela constituição do gênero-para-si-mesmo possibilite também a emancipação do gênero mulher (ANTUNES, 2014).

De acordo com Lobo (1991), a inserção diferenciada de homens e mulheres nas atividades produtivas, historicamente caracterizadas pela divisão sexual do trabalho, teve origem no interior da família e do grupo doméstico. O desenvolvimento da divisão social do trabalho e a sua organização em bases capitalistas implicaram a relativa dissolução das formas mais tradicionais da divisão sexual.

Nas sociedades ocidentais como a brasileira, predominam relações de gênero assimétricas e hierárquicas, que se expressam em posições desiguais ocupadas pelos indivíduos de um e outro sexo tanto na esfera da produção quanto no âmbito privado das relações familiares. Apesar das transformações do mundo moderno, pode-se constatar que, ainda hoje, destina-se às mulheres, sobretudo, as atividades reprodutivas e os cuidados com a casa e os membros da família, enquanto aos homens cabe o papel de provedor desse grupo (BRUSCHINI, 1994).

As questões de gênero somente poderão caminhar para uma relação simétrica, de alteridade, se o entendimento entre o masculino e o feminino for resultado de uma mudança conjunta, integrada e efetiva nas relações entre os sexos. É na busca da superação de relações tradicionais de subordinação e dependência que a cultura organizacional, mediada pela ideologia, ao mesmo tempo em que tenta ocultar, se torna responsável pela preservação de papéis tradicionais para as mulheres e os homens (MACEDO; MACEDO, 2004).

De uma forma geral, a igualdade de gênero é alcançada quando homens e mulheres gozam dos mesmos direitos e oportunidades em todos os setores da sociedade, incluindo participação econômica e tomada de decisão, e quando os diferentes comportamentos, aspirações e necessidades das mulheres e homens são igualmente valorizados e favorecidos (BELTRAME *apud* GENDER EQUALITY, 2016).

Quanto à categoria Trabalho e Gênero são visíveis e acentuadas as transformações ocorridas nas últimas décadas em relação aos papéis e às funções atribuídas à mulher em nossa sociedade, especialmente no que diz respeito à sua inserção no mercado de trabalho. Porém o trabalho da mulher ainda é percebido como difícil de ser conciliado com o trabalho doméstico e as funções maternas, ou como secundário em relação a estas, que ainda são compreendidas como as tarefas às quais as mulheres estão primariamente vocacionadas (GOSDAL, 2007).

A participação crescente das mulheres no mercado de trabalho, em particular as que têm filhos, é um dos fenômenos econômicos e sociais mais importantes da segunda metade do século XX (MEULDERS, 2008).

Nas últimas décadas do século XX o Brasil passou por importantes transformações demográficas, culturais e sociais que tiveram grande impacto sobre o aumento do trabalho feminino. Podem ser citadas a queda da taxa de fecundidade; a redução no tamanho dos arranjos familiares; envelhecimento da população; e a tendência demográfica mais significativa, o crescimento acentuado de arranjos

familiares chefiados por mulheres. Além dessas transformações demográficas, mudanças nos padrões culturais e nos valores relativos ao papel social da mulher alteraram a identidade feminina, cada vez mais voltada para o trabalho remunerado. A expansão da escolaridade e o ingresso nas universidades viabilizaram o acesso das mulheres a novas oportunidades de trabalho.

A primeira questão a destacar é a intensidade e constância do crescimento da atividade feminina. O perfil das trabalhadoras brasileiras mostra que hoje elas são mais velhas, casadas e mães – o que revela uma nova identidade feminina, voltada tanto para o trabalho quanto para a família. As trabalhadoras até o final da década de 1970 eram em sua maioria jovens, solteiras e sem filhos. Em 2005, a maior taxa de atividade feminina (74%) é encontrada entre mulheres de 30 a 39 anos, segunda de 69% de 40 a 49 anos e de 54% de 50 a 59 anos, sendo que 58% das mulheres casadas trabalhavam (BRUSCHINI, 2008).

Ainda de acordo com Bruschini (2008), a expansão da escolaridade, à qual as brasileiras têm tido cada vez mais acesso, é um dos fatores de maior impacto sobre o ingresso das mulheres no mercado de trabalho. A escolaridade das trabalhadoras é muito superior à dos trabalhadores, diferencial de gênero que se verifica também na população em geral. Em 2005, entre os trabalhadores com mais de 11 anos de estudo, 32% eram trabalhadoras, e 25% trabalhadores. Ao mesmo tempo, a escolaridade elevada tem impacto considerável sobre o trabalho feminino, pois as taxas de atividade das mais instruídas são muito mais elevadas do que as taxas gerais de atividade, em todos os anos analisados.

Em 2005, enquanto mais da metade (53%) das brasileiras eram ativas, entre aquelas com 15 anos ou mais de escolaridade, a taxa de atividade atingia 83%. A inserção das mulheres no mercado de trabalho brasileiro, como é apontada em muitos estudos sobre o tema, tem sido caracterizada através do tempo pela marca da precariedade, que tem atingido uma importante parcela de trabalhadoras.

Entretanto, no contraponto das ocupações precárias, mulheres instruídas, além de continuar marcando presença em tradicionais “guetos” femininos, como o magistério e a Enfermagem, têm adentrado também áreas profissionais de prestígio, como medicina, a advocacia, a arquitetura e até mesmo a engenharia, tradicional reduto masculino (BRUSCHINI, 2008).

Persistem também os tradicionais guetos femininos, como a Enfermagem (89% dos enfermeiros, 84% dos técnicos de Enfermagem eram do sexo feminino em

2002), a Nutrição (93% dos nutricionistas eram mulheres), Serviço Social (91%), a Psicologia (89% de mulheres), o Magistério nos níveis pré-escolar (95%), fundamental (88%) e médio (74%), além das secretárias (85%), auxiliares de contabilidade e caixas (75%) e no padrão de ocupação das mulheres. Percebe-se ainda a elevada presença feminina em ocupações de setores tradicionais da indústria, como é o caso de costureiras na indústria da confecção, bem como a persistência de enorme contingente de mulheres em ocupações dos serviços de cuidado pessoal, higiene e alimentação (BRUSCHINI, 2007).

Mas também é verdade que a parcela feminina nas universidades vem ampliando sua presença em outras áreas ou redutos masculinos. Movidas pela escolaridade, seja a de nível médio, no qual as jovens superam os jovens, seja a de nível superior, no qual as mulheres consolidaram presença bem mais elevada do que a dos homens (BRUSCHINI, 2008).

As pesquisas nesta área mostram que, mesmo apresentando maior grau de instrução do que os homens, as mulheres permanecem ganhando menos e estão em situação de vulnerabilidade maior. Elas permanecem ocupando lugares menos privilegiados na economia e trabalhando em condições mais precárias.

O ambiente e as relações de trabalho também continuam em muitos locais como espaços de discriminação explícita ou implícita, no que se refere ao estado civil, à maternidade, ao assédio sexual, a punições por faltas ou atrasos para assistirem os filhos, entre outros aspectos (COELHO, 2002).

Segundo Coelho (2002), o maior ganho em relação ao mercado de trabalho, entretanto, foi sem dúvida a percepção feminina sobre o significado do trabalho, como possibilidade emancipadora em sua vida. O trabalho surge como condição estruturante da condição feminina hoje, apesar de ser um cotidiano estressante para parcela significativa de mulheres.

Significa um ganho na autoimagem feminina. Entretanto, este não pode ser analisado desvinculado das consequências que acarreta, uma vez que, para manterem-se na esfera pública, uma parcela de mulheres tem que dar conta também de dupla/tripla jornada, acumulando tarefas e tendo de aceitar condições de trabalho adversas. De modo geral, trabalham mais, vivem em condições de maior desgaste físico/emocional e têm muito mais encargos que a geração de suas mães.

Coelho analisa que as mudanças não ocorreram apenas no plano econômico. Houve também alteração no perfil demográfico da população, aumento da média da

expectativa de vida, expansão urbana, mudanças nos padrões culturais e crescimento de novos circuitos de comunicação, influenciando diretamente na estrutura familiar e gerando novas formas de sociabilidade, principalmente entre as mulheres e jovens.

Como consequências de políticas oficiais de fundamentação na ideologia neoliberal, o Brasil diminuiu sua ação reguladora, transferindo para a sociedade civil responsabilidades antes tidas como de Estado. As tendências econômicas estariam exarcebando as necessidades sociais e diminuindo a capacidade do Estado e da comunidade em supri-las.

Há uma tendência de as mulheres assumirem funções de suporte familiar e procurando suprir a falta de assistência que envolve este grupo. E esse aumento da carga de trabalho entre as mulheres resulta em qualidade de vida diminuída.

No capítulo 2, a seguir, aborda-se com base na construção e abordagem histórica do referencial de saúde do trabalhador, foram construídas e instituídas as políticas públicas de Saúde e Segurança do Trabalhador no Brasil.

CAPITULO 2

SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO : POLÍTICAS INSTITUÍDAS

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida.

A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários em sociedade (BRASIL, 2010).

Na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no País, entre os quais a saúde (BRASIL, 2006).

O Governo Federal brasileiro instituiu políticas de grande importância relacionadas à promoção e humanização da saúde, dentre elas destacamos: a Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006a) e a Política Nacional de Humanização (2004), objetos de discussão neste capítulo.

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nas últimas décadas, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste início de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Decorridos quase trinta anos da divulgação da Carta de Ottawa (WHO, 1986), um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, este termo está

associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (BUSS, 2000).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta sua Carta de Intenções, que seguramente contribuirá para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes. Esta conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde (BRASIL, 2002).

A Carta de Ottawa para Promoção de Saúde propõe cinco campos de ação para a promoção de saúde da coletividade: ambientes saudáveis à saúde, facilitadores das escolhas saudáveis, objetivando promover saúde por intermédio da criação de condições de vida e trabalho que conduzam à saúde e ao bem-estar.

Também, construção de políticas públicas saudáveis, implicando abertura de espaços nas agendas dos formuladores de políticas públicas de todos os setores, tornando as escolhas saudáveis as mais fáceis; fortalecimento da ação comunitária, priorizando a participação de indivíduos e comunidades nas tomadas de decisões de questões que dizem respeito à sua saúde.

Ainda, desenvolvimento de habilidades pessoais, enfatizando a divulgação de informações sobre a saúde, educação para a saúde, nas escolas, universidades, locais de trabalho e qualquer espaço coletivo de forma a permitir que as pessoas tenham mais controle sobre sua saúde; e reorientação dos serviços de saúde, de um enfoque curativo para um enfoque preventivo de promoção de saúde, com a formação de profissionais capazes de acompanhar esta mudança (AERTS, 2004).

A Carta de Ottawa, além desse conjunto de estratégias é reforçada com a divulgação e contribuição das Conferências Internacionais e Regionais que sucederam a Conferência de Ottawa, em 1986. As Conferências de Adelaide, em 1988, a de Sundsval, em 1991, a de Santa Fé de Bogotá, em 1992, a de Portof Spain, em 1993, a do Canadá, em 1996, a de Jacarta, em 1997, a conferência da Rede de Megapaíses, em 1998, a do México, em 2000, e a de Bangkok, em 2005.

Entretanto, apesar dos avanços advindos destes eventos, ainda permanece uma visão simplificada de promoção à saúde. Prioriza-se a mudança de estilos de vida, do modelo tradicional da educação e da compreensão de que prevenção da doença é sinônimo de promoção à saúde (HEIDMANN, 2006).

Ao se retomar as estratégias de ação propostas pela Carta de Ottawa e analisar a literatura na área, observa-se que, até o momento, o desenvolvimento de estudos e evidências aconteceu, em grande parte, vinculado às iniciativas ligadas ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos. Nesta linha de intervenção já é possível encontrar um acúmulo de evidências convincentes, que são aquelas baseadas em estudos epidemiológicos demonstrativos de associações convincentes entre exposição e doença a partir de pesquisas observacionais prospectivas e, quando necessário, ensaios clínicos randomizados com tamanho, duração e qualidade suficientes (BRASIL, 2004a).

A partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais e internacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007) (BRASIL, 2004b), o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pela Portaria MS/GM 30 de março de 2006, e ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS; e, a partir de então, foi inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde subsequentes, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes.

O contexto nacional e internacional apontou novos desafios e compromissos que motivaram o aprimoramento e a atualização da PNPS. A PNPS revisada aponta

a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade de que o setor sanitário responda sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 2015).

O objetivo geral da Política de Promoção da Saúde é promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015).

Compreendidas como linhas que fundamentam as ações e explicitam as suas finalidades, são diretrizes da PNPS: o estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde, o fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde com base no reconhecimento de contextos locais e no respeito às diversidades, a fim de favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social.

Ainda, o incentivo à gestão democrática, participativa e transparente para fortalecimento do controle social e das corresponsabilidades de sujeitos, coletividades, instituições e de esferas governamentais e da sociedade civil, a ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental, o estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde.

Complementando as diretrizes: o apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na Rede de Atenção à Saúde (RAS), de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais (BRASIL, 2015).

Desde a institucionalização da PNPS em 2006 muitos acontecimentos desenharam novos cenários, interferindo na discussão da promoção da saúde e também mudanças na legislação. A reelaboração da PNPS é oportuna, posto que

estabelece diálogo com os novos marcos nacionais e internacionais, garante os princípios e as diretrizes do SUS e reconhece a constante necessidade de qualificar e atualizar as ações e os serviços prestados pelos gestores e pelos trabalhadores do SUS, revendo o papel do setor Saúde na articulação e na indução de outras políticas públicas (BRASIL, 2015).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Em maio de 2000, o Ministério de Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a humanização é também incluída na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro do mesmo ano. O PNHAH constituiu uma política ministerial bastante singular se comparada a outras do setor, pois se destinou promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil (BRASIL, 2000).

O objetivo fundamental do PNHAH seria o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sócio-comunitárias), visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições (BRASIL, 2000).

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH) foi lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde (MORI; OLIVEIRA, 2009).

Para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS.

A PNH é, portanto, uma política do SUS. Também chamada de Humaniza SUS, a PNH, emerge da convergência de três objetivos centrais: (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (PASCHE *et al.*, 2010).

A proposta da Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas (SANTOS-FILHO, 2007).

A PNH não inaugura o tema da humanização no sistema de saúde brasileiro, mas muda seu sentido e estratégias. A PNH apresenta-se não mais como um programa, mas como uma política para se reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tomando por diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários.

Estas diretrizes apoiam-se em três princípios: a ampliação da transversalidade ou aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos, favorecendo a capacidade de interferência mútua entre sujeitos e a sua capacidade de deslocamento subjetivo; a inseparabilidade entre gestão e atenção e, finalmente, a aposta no protagonismo dos sujeitos em coletivos.

A humanização se singulariza na experiência de cada serviço e equipe e, assim, não haveria uma só experiência de humanização igual à outra, senão naquilo que tomam por referência, ou seja, método e diretrizes ético-políticas, que ganham forma e expressão na singularidade da experiência (PASCHÉ *et al.*, 2010).

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2009b, p. 7).

Na PNH, denominada Humaniza SUS encontram-se os princípios norteadores dessa política que vão ao encontro dos conceitos da Saúde Coletiva. São eles: valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; atuação em rede com alta conectividade de modo cooperativo e solidário em conformidade com as diretrizes do SUS; utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo

de sujeitos e coletivos. “Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 6).

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, em outros termos, o sofrimento, a dor e prazer expressos pelos sujeitos em palavras necessitam ser reconhecidas pelo outro (BRASIL, 2000a), dado que as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes (BETTS, 2003).

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR

O direito à saúde constitui-se num direito social derivado do direito à vida, estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Resolução 217ª, III, da Assembleia Geral da ONU, 10/09/1948). No Brasil, segundo a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde é um direito social (Art. 6º) que decorre do princípio fundamental da dignidade humana (inciso III, Art. 1º), cabendo ao Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2001, p. 11).

Dessa forma, é dever do poder público prover as condições e as garantias para o exercício do direito individual e coletivo à saúde, com a ressalva de que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (art. 2º, parágrafo 2º da Lei Nº 8.080/90). A responsabilidade sanitária é comum às três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal, e deve ser desempenhada por meio da formulação, financiamento e gestão de políticas de saúde que respondam às necessidades sanitárias, demográficas e socioculturais das populações e superem as iniquidades existentes (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, o caráter ético-político da ação sanitária em saúde do trabalhador compreende o entendimento de que o objetivo e a justificativa da intervenção é a melhoria das condições de trabalho e saúde. Refere-se ao compromisso ético que devem assumir gestores e profissionais de saúde nas ações desenvolvidas, tanto no que diz respeito à dignidade dos trabalhadores, ao direito à informação fidedigna, ao sigilo das informações relativas ao seu estado de saúde e à sua individualidade, quanto em relação ao direito de conhecimento sobre o processo

e os resultados das intervenções sanitárias e de participação, inclusive na tomada de decisões.

A promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis devem ser compreendidos como um conjunto de ações, articuladas intra e intersetorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador (BRASIL, 2012).

Nesta perspectiva, o princípio da precaução deve ser incorporado como norteador das ações de promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis, especialmente nas questões relativas à sustentabilidade socioambiental dos processos produtivos. Isto implica na adoção do conceito de sustentabilidade socioambiental, como integrador de políticas públicas, incorporando nas políticas de desenvolvimento social e econômico o entendimento de que a qualidade de vida e a saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis e com dignidade, e ao mesmo tempo, evitando o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais.

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

A construção do campo da Saúde do Trabalhador é uma alternativa à prática da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, pois, entre outros aspectos, tem como referência principal a figura do trabalhador como polo central e sujeito ativo no processo saúde/doença. A Saúde do Trabalhador, de acordo com o Ministério da Saúde, tem por objetivos a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em setembro de 2002 foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) através da Portaria do Ministério da Saúde de nº 1.679. Constitui-se como uma rede de abrangência nacional e como ferramenta estratégica para a disseminação dos princípios e práticas do campo da Saúde do Trabalhador no SUS, em todos os níveis de atenção (JACQUES; MILANEZ; MATTOS, 2012).

Na estruturação da RENAST, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) ocupam lugar de destaque. Cabem a estes os papéis de polos irradiadores da cultura da produção social das doenças e da centralidade do trabalho nesse processo, provendo suporte técnico e informações, viabilizando ações de vigilância, facilitando processos de capacitação para técnicos, para o controle social e para toda a rede do SUS, além de executar, organizar e estruturar a assistência de média e alta complexidade relacionada com os problemas e os agravos à saúde relacionados com o trabalho.

Com a referida Portaria consolida-se a proposta de que esses Centros se constituam em ferramentas na disseminação das práticas em Saúde do Trabalhador no SUS, assumindo o papel de suporte técnico e científico junto aos profissionais de todos os serviços da rede e na formação de recursos humanos. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador compartilham o desafio de garantir a viabilidade e a sustentabilidade social, política e econômica do SUS (JACQUES; MILANEZ; MATTOS, 2012).

Esses centros são resultado de uma política sanitária governamental, decorrente de um processo reivindicatório entre diferentes atores: trabalhadores, sindicalistas, profissionais interessados na preservação da saúde (OLIVEIRA, 2001).

Suas ações são desenvolvidas em equipe multidisciplinar, envolvendo: médicos do trabalho, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, engenheiros de segurança no trabalho, fonoaudiólogos, entre outros. Voltados para esta visão, suas atividades consistem em atendimento ambulatorial, fiscalização das condições de saúde do trabalhador, avaliação e diagnóstico de ambiente de trabalho, realização de projetos específicos a partir da demanda dos sindicatos e da rede de saúde, cursos de capacitação, orientação e educação em saúde (SANCHES *et al.*, 2009).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no SUS compõe um conjunto de práticas sanitárias, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência, calcado nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde da população (Port. MS. GM 3120/98). Ou seja, pode ser generalizado pela definição de vigilância em saúde do trabalhador e corresponde a um processo de articulação de ações de controle sanitário no sentido de promoção, proteção e atenção à saúde dos trabalhadores (MACHADO, 1997).

O Governo Federal brasileiro instituiu políticas de grande importância relacionadas à saúde e segurança do trabalhador, dentre elas destacamos: a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2013); a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2011).

2.3.1 Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Como fato relevante cabe destacar que, finalmente, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT (BRASIL, 2012), contemplando uma proposta que entidades representativas da sociedade civil e profissionais de saúde vêm almejando desde a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1986. Também é importante assinalar o decreto presidencial sobre a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho – PNSST (BRASIL, 2011b), que, como os autores referem, supostamente pretendia responder às pressões para superar a fragmentação das ações interministeriais no âmbito do trabalho, da saúde e da previdência.

Apesar de algumas limitações e de inconsistências, o propósito dessa política pode representar uma abertura para articulações efetivas no futuro. Desta forma, temos uma política que se integra ao conjunto de políticas de saúde do SUS, contemplando a transversalidade das ações de saúde e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. Ela abrange como sujeitos todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural; de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal; e de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado (MINAYO GÓMEZ, 2013).

Ainda segundo Minayo-Gomes (2013), é preciso reconhecer que se deu um passo importante para a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras com a promulgação da PNSTT. No entanto, deparamo-nos hoje com um terreno árduo de aplicação das diretrizes e com problemas de gestão para implementação de ações efetivas. Temos para frente uma tarefa coletiva, que demanda empenho de todos os atores no estabelecimento de pactos entre instituições públicas, centros de referências e instâncias organizativas da sociedade civil de tornar realidade prática uma política que construímos. É um imenso desafio a ser enfrentado com realismo e

dedicação por todos que acreditam ser possível investir em uma classe trabalhadora com mais saúde, mais ciente de seus direitos e mais participante na sua conquista.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador tem por propósito definir os princípios, as diretrizes e as estratégias para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (CONASS, 2011).

Em agosto de 2012, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. É um grande desafio, para profissionais e gestores que atuam na área, a própria implementação da citada Política pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que compõem a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), particularmente quanto ao fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no seu território de abrangência. Esse é um dos objetivos prioritários da PNSTT. O marco legal coloca um modelo ambicioso de ações a serem realizadas pela VISAT, cuja efetivação está longe de se atingir perante a situação de hoje. São bastante limitadas as possibilidades de atuação de boa parte do quadro técnico atual, como é possível observar nos inventários sobre a execução de ações da RENAST, realizados a fim de identificar lacunas e potencialidades, visando à redefinição de rumos e estratégias de apoio para o fortalecimento dessa Rede.

Sem uma mudança na cultura assistencial que ainda persiste na área da saúde do trabalhador, dificilmente conseguiremos levar à prática o conjunto de diretrizes e estratégias requeridas para desenvolvimento dessas ações em 100% dos CEREST, conforme a meta prevista para 2015 pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério. Para atingir esse alvo, seria preciso seguir as principais orientações para um autêntico planejamento estratégico que suporia: analisar o perfil produtivo e a situação de saúde dos trabalhadores; integrar a VISAT com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde; fortalecer e ampliar a articulação intersetorial, a participação dos trabalhadores e do controle social; e desenvolver e capacitar adequadamente os profissionais e os gestores (MINAYO GÓMEZ, 2013).

2.3.2 Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador

A Convenção nº 155 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) dispõe sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho, de 22 de junho de 1981, aprovada pelo Congresso Nacional em 18 de maio de 1992 e incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro através do Decreto n.º 1.254, de 29 de setembro de 1994. Estabelece o dever de cada Estado-Membro de, em consulta com as organizações mais representativas de empregadores e trabalhadores, formular, implementar e rever periodicamente uma política nacional de segurança e saúde no trabalho, com o objetivo de prevenir acidentes e doenças relacionados ao trabalho por meio da redução dos riscos à saúde existentes nos ambientes de trabalho.

Em 2006, a OIT aprovou a Convenção n.º 187 sobre a Estrutura de Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho. Em 2007 a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou o “Plano de Ação Mundial sobre a Saúde dos Trabalhadores”, que reforça a necessidade de seus Membros formularem uma política de saúde do trabalhador, que considere o disposto nas convenções da OIT e que estabeleça mecanismos de coordenação intersetorial das atividades na área (BRASIL, 2012).

A proposta de construção de uma Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST) nasceu da necessidade de garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e a realização pessoal e social dos trabalhadores, sem prejuízo para sua saúde e integridade física e mental (ARCURI, 2006).

A publicação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), pelo Decreto Presidencial nº 7.602, de 07 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011a), representa um marco histórico na abordagem das relações trabalho-saúde e doença no Brasil. Pela primeira vez, um documento oficial explicita as responsabilidades e ações a serem desenvolvidas pelos organismos de governo responsáveis pela proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores. Busca-se, dessa forma, superar a fragmentação e a superposição das ações desenvolvidas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente por meio da articulação das ações de governo, com participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores (BRASIL, 2011a).

A PNSST tem como princípios norteadores a universalidade, a integralidade, o diálogo social e a precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência e reabilitação. Os objetivos propostos são a promoção da saúde e a

melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e danos à saúde relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele (BRASIL, 2011a).

A diretriz de incluir no sistema nacional de promoção e proteção da saúde no trabalho, todos os trabalhadores brasileiros é inovadora (os formalmente registrados de acordo com as prescrições da Consolidação das Leis do Trabalho, os autônomos, os domésticos e os informais, além de civis e militares, servidores da União, dos Estados e dos Municípios). Esse desafio é ampliado no contexto de transformações observadas no mundo do trabalho e no modelo prevalente de desenvolvimento adotado para o país, marcado pela precarização do trabalho e o desemprego estrutural, que reforçam a desigualdade social (DRUCK, 2011).

Para o alcance de seu objetivo a PNSST deverá ser implementada por meio da articulação continuada das ações de governo no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde, com a participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores.

O Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, publicado em abril de 2012, detalha os aspectos operacionais da Política visando facilitar sua implementação (BRASIL, 2012a).

Entre as competências atribuídas ao Ministério da Saúde, o artigo VII da PNSST, letra a, explicita o fomento da:

[...] atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores, incluindo a reabilitação física e psicossocial (BRASIL, 2011a, p. 20).

A contribuição do SUS para a atenção integral à saúde do trabalhador cresce em importância no contexto do processo de reestruturação produtiva e das mudanças na natureza e nas relações do trabalho, que redefinem o perfil dos trabalhadores e do processo saúde-doença, acarretando necessidades e desafios que a sociedade e o aparelho estatal encontram dificuldades para responder (NEHMY; DIAS, 2010).

2.4 POLÍTICA DE SAÚDE E SEGURANÇA PARA O SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL

Quanto às relações de trabalho entre os servidores públicos e o Estado sempre se deram de forma unilateral, de acordo com os interesses da administração pública (NUNES; LINS, 2009).

Como subdivisão da burocracia weberiana, a dominação racional ou legal ocorre quando o sistema de leis e normas aplicadas age judicial ou administrativamente de acordo com determinados princípios, que valem para todos os membros do grupo social. A organização fundamenta-se em normas, e a racionalização tende a reduzir a importância relativa de outras influências (riqueza, costumes, parentesco e amigos), substituindo-as por leis ou regulamentos de administração (MORAES FILHO; DIAS, 2003, p. 66).

Nessa linha de interpretação, para Nunes e Lins (2009), a denominação servidor público é utilizada, para designar, em sentido amplo, as pessoas físicas que prestam serviços ao Estado e às entidades da Administração Indireta, com vínculo empregatício e mediante remuneração paga pelos cofres públicos. Assim, são considerados servidores públicos: os servidores estatutários, ocupantes de cargos públicos providos por concurso público e que são regidos por um estatuto definidor de direitos e obrigações.

Apesar de vivenciarem relações menos instáveis de trabalho (menor exposição ao risco de demissão sumária), os profissionais do setor público estão expostos a outras formas de instabilidade e precarização do trabalho, tais como: privatização de empresas públicas seguidas de demissões, terceirização de setores dentro da empresa, deterioração das condições de trabalho e da imagem do trabalhador do serviço público, e responsabilização deles pelas deficiências dos serviços e por possíveis crises das instituições públicas, etc. (LANCMAN *et al.*, 2007).

A trajetória do serviço público profissionalizado no Brasil ocorre em 1936, quando foi criado o Conselho Federal do Serviço Público Civil. Em 1970, com a criação do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC), não se previa nenhuma organização específica para a saúde. Quanto à definição de uma política nacional de saúde do servidor articulada e centralizada, a promulgação da Constituição de 1988 não modificou esse quadro (ZANIN *et al.*, 2015). Tampouco as legislações complementares e normatizações que lhe assegurassem um padrão

mínimo de assistência, promoção e vigilância à saúde, bem como, a prevenção do adoecimento (CARNEIRO, 2006).

O Artigo 39, § 3º, da Constituição Federal determina que se aplique aos ocupantes de cargo público o disposto no art. 7º, inciso XXII (Redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança);

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (BRASIL, 2011, p. 11).

A Lei 8.112, de 11/12/1990 dispõe sobre o Regime Jurídico Único (RJU) dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais:

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

Apenas em 2003 foi criada a Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor e, e em 2006, o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público (SISOSP). Em um estudo sobre as políticas de atenção à saúde do servidor, relatam que na prática serviu apenas como uma manifestação de boas intenções governistas para com a saúde do servidor público:

Percebemos a extrema vulnerabilidade das ações voltadas à atenção da saúde do servidor público que, definitivamente, não integram uma política pública, mas ficam à mercê dos diferentes governos, sendo que os enunciados da Saúde do Trabalhador parecem ter uma frágil penetração em uma área ainda hegemônica da Medicina do Trabalho (RANNINGER; NARDI, 2014, p. 223).

A atuação dos órgãos que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC) era marcada pelo desenvolvimento de estratégias diferenciadas, com parâmetros técnicos distintos, e centradas na figura do médico.

Além disso, as características de cada ação, realizada isoladamente, eram desconhecidas pelo conjunto da Administração Pública Federal (BRASIL, 2010).

No que tange aos órgãos públicos, as ações em Saúde do Trabalhador são fragmentadas e com características heterogêneas. Há dificuldades, por exemplo, na delimitação do perfil epidemiológico desse conjunto de trabalhadores, o que dificulta a realização de ações de vigilância à saúde que atendam a necessidades peculiares do setor público.

Enquanto alguns órgãos estruturaram serviços de excelência em saúde, com ações nas áreas de assistência, perícia e promoção [...] outros não desenvolveram qualquer ação na área de saúde do servidor, nem sequer possibilitaram o acesso às juntas médicas para a concessão de direitos (BRASIL, 2010, p. 3).

Da mesma forma, questões relativas à saúde do servidor em geral não constituíam, até então, prioridade. Estas só se tornavam problemas quando o adoecimento ocasionava ausência ao trabalho. É somente a partir de dezembro de 2007 que, segundo o próprio governo:

Estabelece o compromisso de construir e implantar, de forma compartilhada, uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal - PASS, sustentada por um sistema de informação em saúde do servidor, uma sólida base legal, uma rede de unidades e serviços e a garantia de recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos. Movimento que deu consequência à criação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS (BRASIL, 2010, p. 4).

Tanto a PASS e SIASS foram objetos de debates da Conferência Nacional de Recursos Humanos da Administração Federal, que em 2009 sistematizou importantes críticas: falta de visão organizacional quanto à gestão política, conceito de saúde restrito ao aspecto ocupacional, em detrimento da perspectiva integral, insegurança e resistência devido à mudança de cultura; pouco comprometimento e vontade política de gestores; fragilidade na definição das competências e responsabilidades na implantação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor e ausência de autonomia da Política de Assistência à Saúde dos Servidores (BRASIL, 2009b).

Outros temas também foram abordados, porém, dentre eles cabe ressaltar a “ausência de ações de vigilância com foco nos ambientes de trabalho e na saúde do

servidor” e “falta de ações efetivas de promoção e prevenção de saúde do servidor que possam ser implementadas dentro do perfil de cada órgão”, dado que eles se referem diretamente a um dos eixos da PASS/SIASS, referente à Vigilância e Promoção da Saúde (ZANIN *et al.*, 2015).

Como estratégias para desenvolver essa política, o governo propôs diversas iniciativas, entre elas: Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS); Diagnóstico dos Serviços de Saúde dos Órgãos Federais em Âmbito Nacional; Sistema Nacional de Informações em Saúde do Servidor (SINAISS); Capacitação e Comunicação; e organização da rede de unidades do SIASS (BRASIL, 2010). Destes eixos, o único que tem sido objeto de alguma ação governamental é o SIASS, sendo que os outros ainda não foram implementados.

2.4.1 Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal – PASS

O recente processo de construção de políticas públicas baseadas na atenção à saúde dos servidores federais revela a intenção de consolidar propostas de ação alinhadas aos anseios e às demandas provenientes destes trabalhadores. Destacam-se nesse sentido os instrumentos legais, a saber: 1) a Política Nacional de Recursos Humanos (PNRH), que enfoca a necessidade de democratização das relações de trabalho; 2) a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), formulada em 2004; 3) a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), formulada em 2006; 4) a Política Nacional de Humanização (PNH, 2003); 5) a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (PASS), que surge em 2007 “[...] sustentada por um sistema de informação em saúde do servidor, uma sólida base legal, uma rede de unidades e serviços e pela garantia de recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos” (BRASIL, 2010).

A criação do SIASS, que representa uma inovação no campo da Saúde do Trabalhador, base estruturante da PASS, surge com a tarefa de garantir sustentabilidade e efetividade através do gerenciamento das informações epidemiológicas e de vigilâncias dos ambientes e processos de trabalho. A implantação desse Sistema vem acarretando mudanças significativas no que tange à política de saúde destinada aos servidores públicos federais.

Este processo promove mudanças na organização e no ambiente laboral a partir da busca ativa de doenças, a prevenção dos acidentes e das doenças ocupacionais e, principalmente, a capacitação para a adoção de práticas que melhorem a qualidade de vida e de trabalho.

A partir desses instrumentos, o Governo Federal passou a disponibilizar uma rede de atenção à saúde bem articulada e com uma proposta integradora. Conduz, progressivamente, as instituições a considerar a informação como importante ferramenta de transformação da situação de saúde de seus servidores (BIZARRIA; FROTA; BRASIL *et al.*, 2014).

Um importante passo tomou corpo para a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal com a publicação do Decreto n^o 6.833, de 29 de abril de 2009, que instituiu o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS), cujos principais artigos são apresentados a seguir:

No seu artigo primeiro estabelece:

O SIASS fica instituído, no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS, integrante do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC (BRASIL, 2009a, p. 1).

No seu artigo segundo:

O SIASS tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a **política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal**, estabelecida pelo Governo (BRASIL, 2009a, p. 1).

No seu artigo terceiro, o SIASS considera,

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

Perícia oficial: ação médica ou odontológica com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais.

Promoção, prevenção e acompanhamento da saúde como as 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, 2009a, p. 1).

O Decreto instituiu ainda um Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor, sob tutela do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Suas principais atribuições consistem no estabelecimento de diretrizes da política de atenção à saúde e segurança do trabalho, na operacionalização das unidades do SIASS e na definição das regras e procedimentos para guarda e utilização das informações pessoais sobre a saúde dos servidores.

Em matéria de saúde e segurança nos ambientes de trabalho a partir de 2010 é que instituíram as primeiras normativas. Destaca a Portaria Normativa nº 03 de 07 de maio de 2010, Norma Operacional Básica de Saúde do Servidor (NOSS).

A NOSS foi o estabelecimento de orientações básicas enquanto norma regulamentadora definindo diretrizes gerais da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal desde o lançamento desta política enquanto “Um Projeto em Construção Coletiva”, em Outubro de 2009, pelo Governo Federal. A Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS) foi instituída com o objetivo de definir diretrizes gerais para a implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do Servidor Público Federal, para os órgãos e entidades que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal (SIPEC) (NOSS, 2010).

A publicação da Portaria N° 3, de 25 de março de 2013, traz a normatização das diretrizes gerais de promoção à saúde do servidor público federal e é mais um instrumento de gestão a ser adotada como referências nas ações de promoção à saúde dos servidores. Essas diretrizes são o conjunto de ações da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), prevista no Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009, que criou o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) (BRASIL, 2013).

O artigo segundo explicita que as diretrizes destinam-se a subsidiar políticas e projetos de promoção da saúde e de qualidade de vida no trabalho. O artigo terceiro prioriza ações voltadas à educação em saúde, à prevenção dos riscos, agravos e danos à saúde do servidor, ao estímulo dos fatores de proteção da saúde e ao controle de determinadas doenças.

O artigo quarto define que as ações de promoção da saúde têm como finalidade a melhoria dos ambientes, com foco na prevenção dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2013).

A portaria nº 3, de 25 de março de 2013, explicita ainda as premissas norteadoras: multideterminação da saúde; abordagem biopsicossocial; interdisciplinaridade; gestão participativa no desenvolvimento das ações; ambientes de trabalho saudáveis; relação entre atenção à saúde e gestão de pessoas e humanização na atenção à saúde. As ações de promoção da saúde no âmbito do serviço público federal devem constar dos planos, programas, projetos e ações gerenciais dos órgãos que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal e ser ofertadas de acordo com os seguintes princípios: universalidade e equidade, integralidade das ações, acesso à informação, descentralização, comunicação, formação e capacitação (BRASIL, 2013).

Pode-se observar que as várias políticas relacionadas à saúde e segurança do trabalhador/servidor público federal são fundamentadas nos princípios da Saúde do Trabalhador, o que respeita os preceitos da Constituição Federal de 1988 para a saúde e bem-estar dos trabalhadores e servidores públicos. Nas últimas décadas ocorreram alterações conceituais importantes que visam dar aos trabalhadores o direito à cidadania.

Ressalta-se sobre as políticas públicas, que na teoria das suas formulações são consideradas as melhores do mundo, porém, é a dificuldade na sua efetivação e posterior controle.

2.4.2 Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - Unidade UFG (SIASS/UFG)

A política de atenção à saúde do servidor público federal está baseada em uma estrutura de trabalho reorganizada nos moldes do novo gerenciamento público. Assim, o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), está estruturado na humanização do atendimento pericial, formação de equipes multidisciplinares com profissionais especialistas em diversas áreas, criação de comissões locais de saúde do servidor e organizações de unidades (ASSUNÇÃO, 2012).

O Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional de acordo com a PASS.

Na implementação das diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, compete às unidades do SIASS: coordenar e executar ações voltadas à promoção da saúde em especial à melhoria das condições e organização do trabalho, prevenção de acidentes, agravos à saúde e doenças; elaborar o perfil epidemiológico da saúde dos servidores a partir de fontes de informação existentes, do servidor, em especial a intervenção nos ambientes e processo de trabalho; dentre outras.

No que concerne à sua operacionalização nos estados da federação, a implementação das unidades do SIASS se dá através da assinatura de Acordos de Cooperação Técnica (ACT), envolvendo todas as instituições para as quais a referida unidade será responsável pelas ações de saúde do servidor. Isso ficou estabelecido em observância ao termo de Acordo de Cooperação Técnica nº 08/2011 celebrado no dia 15.6.2011 entre a Universidade Federal de Goiás/UFG, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás /IFG e Instituto Federal Goiano/IF Goiano, constituindo-se em consonância com a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – PASS, estabelecida pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (SRH/MPOG).

O objetivo é instituir a Política Institucional de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal – Unidade SIASS/UFG. A unidade SIASS-UFG tem o objetivo de implantação e implementação de ações e atividades com ênfase na saúde: prevenção aos agravos, educação e promoção à saúde, perícia oficial e acompanhamento dos servidores no âmbito das instituições partícipes (BRASIL, 2011, p. 132; MPOG, 2013b).

O Grupo de Trabalho da UFG elaborou o plano de trabalho em 2010, a partir do qual as três instituições (UFG, IFG e IF Goiano) se juntaram para criar o SIASS-UFG. De acordo com o Plano de Trabalho do SIASS-UFG (2010), assim que o Governo Federal por meio da Secretaria de Recursos Humanos do MPOG publicou a proposta de criação coletiva da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público, instituições que compõem a unidade iniciaram a construção do que seria o SIASS-UFG (BARBOSA, 2013).

Ainda segundo Barbosa (2013), outro fator que contribuiu para a escolha dos partícipes dessa unidade do SIASS, foi o número de servidores públicos federais civis em educação existente no estado de Goiás. No ano de 2010, o Estado de Goiás possuía em seus 27 órgãos, 20.251 servidores públicos federais entre ativos, aposentados e pensionistas. Desse total, 11 mil servidores eram da educação, dos quais, aproximadamente 6 mil servidores estavam na ativa (SIASS-UFG, 2010).

Assinado o Termo de Cooperação Técnica, coube à UFG a responsabilidade de sediar a unidade pelos seguintes motivos: estar situada em localização privilegiada, o que facilita o acesso do público-alvo; dispor de espaço físico adequado; possuir maior disponibilidade de recursos humanos e serviços de saúde (SIASS-2010).

Considerando que a implantação é uma etapa dinâmica que deve ocorrer de forma compartilhada entre os atores relevantes, no seu transcurso pode-se deparar com obstáculos devidos ao processo de interação entre a determinação de objetivos, as ações empreendidas para atingi-los e as influências sofridas por circunstâncias externas sobre os agentes planejadores e implementadores.

Essas influências podem ser de várias ordens: adequação, suficiência e disponibilidade de tempo e recursos; característica da política em termos de causa e efeito, vínculos e dependências externas; compreensão e especificação dos objetivos e tarefas; comunicação; coordenação e obediência (RUA, 1998).

No ano de 2011 os trabalhos se iniciaram com a formação da equipe de trabalho agregando profissionais da UFG e dos Institutos Federais. Prosseguindo com a identificação dos atores da coordenação compartilhada da implantação, encontra-se a equipe multiprofissional ligada ao SIASS, que também constitui um obstáculo: a disponibilização de pessoas para a formação da força de trabalho. Essa dificuldade de composição da equipe técnica do tamanho ideal e com os profissionais necessários acontece devido a vários fatores, entre eles acúmulo de funções e falta de concurso público para provimento de vagas (BARBOSA, 2013).

Estavam previstos pelo MPOG dois concursos em 2013 e 2014 com a finalidade de contratação de cerca de 1.000 servidores para as unidades SIASS de todo o Brasil. Entretanto, com o cancelamento dos referidos concursos, não houve e com a atual crise que passa o país, não há previsão de contratação de pessoal a curto ou médio prazo.

A coordenação da implantação das ações de vigilância e de promoção da saúde do servidor da UFG tem enfrentado diversos obstáculos inerentes à implantação de uma política e que são mais presentes ainda, quando se trata de política de saúde que envolve importantes mudanças de paradigmas e de comportamentos (BARBOSA, 2013).

Diversos problemas dificultaram a implementação da unidade SIASS/UFG/IFG/IFGOIANO. Pode-se citar o não dimensionamento de pessoal previsto para o termo de Acordo de Cooperação Técnica onde cada partícipe contribui cedendo profissionais, sem contudo, conseguir formar equipe suficiente para as demandas; questões de carga horária diferentes; prioridades diferentes para implementação de atividades de promoção à saúde e segurança e ainda questões de alocação de recursos orçamentários e humanos; distribuição geográfica dos campi das três instituições.

Todos esses fatores vieram culminar com a interrupção do termo de Acordo de Cooperação Técnica nº 08/201. Em 05/2015 um novo Acordo de Cooperação Técnica foi firmado entre o IFG, o Instituto Federal Goiano (IF Goiano) e o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), criando-se o SIASS-IFG/IFGOIANO. A separação do IFG e IF Goiano do SIASS/UFG fez com que a equipe multiprofissional em construção desfizesse os programas em execução, já que não tiveram seguimento planejado.

O Projeto de Saúde e Segurança do Servidor, importante documento de implantação da PASS no âmbito da UFG não foi efetivado. A Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (PASS) ainda não foi institucionalizada pelos órgãos superiores da Universidade Federal de Goiás.

A seguir, no terceiro capítulo, aborda-se o Delineamento Metodológico que fundamenta estudo.

CAPITULO 3

DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Este estudo se apresenta metodologicamente como uma pesquisa quanti-qualitativa. A abordagem metodológica deste estudo se alinha à perspectiva da análise quanti-qualitativa com entendimento de que se trata de uma ferramenta favorecedora para o cruzamento de dados e para a compreensão da realidade pesquisada, por meio dos fatos empíricos, observando o rigor ético e científico quanto às informações sobre o objeto pesquisado. Cabe destacar “que a relação entre pesquisa quantitativa e qualitativa não é de oposição, mas de complementaridade e de articulação”, como bem explicita Martinelli (1999, p. 27).

Do ponto de vista metodológico, não há contradição, assim como não há continuidade, entre investigação quantitativa e qualitativa. Ambas são de natureza diferente. A investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. A investigação qualitativa, ao contrário, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (MINAYO; SANCHES, 1993).

Para os referidos autores, uma análise qualitativa completa interpreta o conteúdo dos discursos ou da fala cotidiana dentro de um quadro de referência, onde a ação objetivada nas instituições permitem ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes.

Os métodos quantitativos são débeis em termos de validade interna (nem sempre sabemos se medem o que pretendem medir), entretanto são fortes em termos de validade externa: os resultados adquiridos são generalizáveis para o conjunto da comunidade. Os métodos qualitativos têm muita validade interna (focalizam as particularidades e as especificidades dos grupos sociais estudados), mas são débeis em termos de sua possibilidade de generalizar os resultados para toda a comunidade (CASTRO; BRONFMAN, 1997).

A abordagem qualitativa também pode ser entendida da seguinte forma:

A representativa expressiva (ou qualitativa) é dada por uma avaliação de relevância política dos grupos e das ideias que veiculam dentro de uma certa conjuntura ou movimento. Trata-se de chegar a uma

representação de ordem cognitiva, sociológica e politicamente fundamentada, com possível controle ou retificação de suas distorções no decorrer da investigação (THIOLLENT, 2002, p. 63).

O procedimento metodológico quanto ao objetivo nesse estudo foi pesquisa exploratória. A revisão da literatura especializada, a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e a pesquisa de campo contribuíram na reflexão e na análise dos dados.

3.1 LOCAL/CENÁRIO DO ESTUDO

A escolha do local/cenário para ser pesquisado deveu-se a unidade HC/UFG possuir o maior número de afastamentos por adoecimentos no âmbito da Universidade Federal de Goiás. A primeira razão significativa para a escolha deste tema foi a preocupação com a saúde dos trabalhadores, que tendo um programa para implementação de política de atenção à saúde e segurança do trabalho, nem exames periódicos lhes são oferecidos. A segunda razão foi o pesquisador estar inserido nessa realidade há mais de três décadas, onde trabalha com os servidores técnico-administrativos e acompanha a trajetória desses trabalhadores da saúde.

O pesquisador, ao investigar, parte de um lugar, de teorias e hipóteses, do tema da pesquisa, mas ao mesmo tempo abre espaço e liberdade para que o sujeito pesquisado se coloque, para que, finalmente, o pesquisador possa avaliar e corrigir seu próprio acesso à temática (OLIVEIRA, 2009).

A pesquisa busca analisar a efetividade da Política de Atenção à Saúde do Servidor instituída em 2009 e em implementação na UFG nesse cenário de trabalhadores de saúde de um hospital universitário público e ainda a multifatorialidade do adoecimento dos seus profissionais. Busca-se compreender a percepção do significado do trabalho e como o cotidiano das relações de trabalho afetaram o processo de trabalho desses servidores.

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG). O Hospital das Clínicas da UFG é uma instituição de ensino da área de saúde, que tem por objetivos: assistência, ensino, pesquisa e extensão.

Fundado em 23 de janeiro de 1962, o HC se caracteriza pelo atendimento 100% SUS, 290 leitos para internação, nove ambulatórios. As Estatísticas de Produção Anual do ano de 2013 contabilizaram 239.617 consultas, 768.494 exames,

12.684 internações, 9.540 cirurgias, 484 partos, 1835 pequenas cirurgias (Site HC/UFG).

O HC/UFG está inserido na rede de saúde pública, remunerado pelo Ministério da Saúde. Essa parceria entre o SUS e os Hospitais Universitários Federais (HUF) está prevista no artigo 45 da Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (BRASIL, 1990).

O Brasil possui espalhado em seu território o total de 46 HUF que exercem um papel político importante na comunidade inserida (BRASIL, 2009b). Representam 2,55% da rede hospitalar brasileira, 10,3% dos leitos do SUS, 25,6% dos leitos de UTI, 50% das cirurgias cardíacas e neurológicas, e 70% dos transplantes (LOPEZ, 2005).

O HC/UFG possui cerca de 2300 trabalhadores, sendo 986 técnico-administrativos vinculados ao Regime Jurídico Único (RJU), 450 empregados da Fundação de Apoio ao HC, em torno de 180 servidores, cedidos pelo Ministério da Saúde, município de Goiânia e estado de Goiás. O HC/UFG possui ainda 216 médicos residentes nas várias especialidades médicas do Programa de Residência Médica e 70 profissionais residentes multiprofissionais nas áreas de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social do Programa Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional. Complementam o quadro os trabalhadores terceirizados, bolsistas e voluntários.

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás é certificado como hospital de ensino pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.838/09, Integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O HC/UFG é um hospital de referência em tratamentos de média e alta complexidade atendendo demandas por consultas e cirurgias em diferentes especialidades, como cirurgias cardíacas, ortopédicas, neurocirurgias, entre outras.

Em 29 de dezembro de 2014 assinou adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública de direito privado vinculada ao

Ministério da Educação, criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com estatuto social aprovado pelo Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011. A partir de então a EBSEH passou a ter a gestão do Hospital das Clínicas, por meio do Contrato nº 396/2014 e publicado no dia 31 de dezembro de 2014, no Diário Oficial da União (BRASIL, 2014).

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) iniciou-se no governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva com a Medida Provisória (MP) nº 520/201026 (BRASIL, 2010). Foi um contrassenso em relação ao acórdão do TCU, que em 2006 determinou que o Governo Federal regularizasse a situação dos hospitais universitários por meio de concurso público e por contratação via o Regime Jurídico Único.

Houve inúmeras manifestações populares organizadas pelos sindicatos de várias categorias, inclusive com a participação dos servidores do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Esta medida provisória não foi então aprovada. O governo, com a decisão de privatizar os HUs, mais uma vez editou um Projeto de Lei Nº 1749 (BRASIL, 2011) já no governo da presidente Dilma Rousseff. Este foi aprovado, consolidado na Lei nº 12.55027 (BRASIL, 2011) que autorizou a criação da EBSEH, apesar das lutas e manifestações populares e dos movimentos sociais.

A criação da EBSEH, empresa constituída para gerir os hospitais universitários representa um retrocesso no fortalecimento dos serviços públicos, sob o controle do Estado, pois traz a baila, mais uma vez, o debate sobre concepção de Estado. A solução adotada pelo Governo Federal foi utilizar do próprio descaso e negligência com os hospitais universitários para forçar a adesão das Instituições Federais de Ensino à EBSEH.

A manutenção da flexibilização das relações de trabalho com a terceirização nas universidades através de parcerias com Fundações de Apoio Privadas, empresas de terceirização e, por último, com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), aprofundou as contradições existentes na formatação do Estado brasileiro.

A finalidade da EBSEH é a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial, de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade e de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde

pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal de 1988, a autonomia universitária. As atividades de prestação de serviços de assistência à saúde estão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Poucos locais de trabalho são tão complexos como um hospital, especialmente os que, além de prover assistência à saúde com um grande número de pessoas, entre alunos, profissionais de saúde, pacientes, são centro de ensino e pesquisa.

As instituições hospitalares brasileiras começaram a se preocupar com a saúde dos trabalhadores no início da década de 1970, quando pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) enfocaram a saúde ocupacional de trabalhadores hospitalares. O ambiente de trabalho hospitalar tem sido considerado insalubre por agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infectocontagiosas e viabilizar muitos procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores da saúde (NISHIDE, 2004).

É interessante perceber e destacar que, quando a literatura científica aborda este mesmo processo de trabalho uma característica apontada como premente e definidora do processo de trabalho em saúde é o caráter relacional, que demanda tecnologias e modelos de gestão do trabalho em saúde voltados ao usuário a fim de alcançar resolubilidade. Outra característica apontada: falta de infraestrutura, de condições ergonômicas e de proteção contra riscos de acidentes e contaminações; e excesso de burocratização nos serviços, de verticalização das relações interpessoais e do contato com o sofrer alheio.

Aponta-se que o processo de trabalho em saúde, devido à qualidade dos materiais que estes trabalhadores são requisitados a manipularem, propiciaria maior exposição a riscos de contaminação e de acidentes com materiais perfuro cortantes ou resíduos químicos (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007).

Os trabalhadores potencialmente expostos aos riscos precisam estar informados para evitar problemas de saúde, e métodos de controle devem ser instituídos para prevenir acidentes. Esses métodos podem ser usados para riscos ambientais, incluindo a substituição do agente de risco, controles de engenharia, práticas de trabalho, equipamentos de proteção individual, controles administrativos e programas de exames médicos (NISHIDE, 2004).

Este estudo foi desenvolvido junto aos servidores técnico-administrativos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, hospital universitário, público, de grande porte, localizado no Município de Goiânia, no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016 e também junto a três gestores do SIASS/UFG, com questionário com perguntas abertas e fechadas no período de fevereiro de 2016.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Procurou-se definir a amostragem pensando não somente no critério numérico da representatividade, mas tendo como base os “indivíduos sociais com vinculação mais significativa para o problema investigado”. A amostragem adequada é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema e suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2004).

A população do estudo foi constituída de 986 servidores técnico-administrativos do quadro efetivo, vinculados ao Regime Jurídico Único, lotados no Hospital das Clínicas da UFG. A estimativa inicial foi selecionar uma amostra de 10% dos servidores públicos federais lotados nos diversos setores e unidades do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. A pesquisa foi ampliada para 131 participantes em função do grande interesse dos servidores, em colaborar com este estudo. Procurou-se estratificar a amostra segundo as categorias profissionais e segundo a lotação por setores e unidades do HC, buscando manter a proporção de representação para esses critérios.

Desse modo foi realizada uma amostragem probabilística estratificada proporcional do tipo aleatória simples. Esta técnica de amostragem usa informação existente sobre a população para que o processo de amostragem seja mais eficiente. A lógica que assiste à estratificação de uma população é a de identificação de grupos que variam muito entre si no que diz respeito ao parâmetro em estudo, mas muito pouco dentro de si, ou seja, cada um é homogêneo e com pouca variabilidade. As três etapas para se definir uma amostra estratificada são: definir os estratos; selecionar os elementos dentro de cada estrato mediante um processo aleatório simples; conjugar os elementos selecionados em cada estrato, que na sua totalidade constituem a amostra (COUTINHO, 2008).

Foram pesquisados servidores técnico-administrativos lotados em todos os setores, serviços e unidades do Hospital das Clínicas, assim como servidores técnico-administrativos componentes de todas as categorias profissionais do referido hospital: Serviços Médicos, Serviços de Enfermagem distribuídos nas unidades de internação da Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica, Clínica de Medicina Tropical, Clínica Ortopédica, UTI Cirúrgica, UTI Médica, UTI Neonatal, Pronto Socorro adulto e pediátrico, Centro de Referência de Oftalmologia (CEROF), Centro Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização, Serviço de Hemodiálise, Hemodinâmica, Serviço de Quimioterapia, Ambulatórios A, B, C e D.

Também foram pesquisados os servidores lotados nos serviços de diagnósticos do Laboratório Clínico, Laboratório de Anatomia Patológica, Laboratório de Reprodução Humana, Laboratório Chagas, Banco de Sangue e Agência Transfusional, Serviço de Radiologia (RX), Serviços Médicos Complementares, Setor de Farmácia Hospitalar, Serviço de Odontologia, Setor de Fonoaudiologia, Unidade de Psicologia, Unidade de Nutrição e Unidade de Serviço Social. E ainda os servidores lotados nos Setores de Engenharia Clínica e Manutenção, Setor Financeiro e de Contabilidade, Departamento de Pessoal, Diretorias e Secretarias fizeram parte da pesquisa.

3.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS

No intuito de ter uma visão das seções de trabalho, é importante conhecer o local onde os trabalhadores estão inseridos, pois, para se chegar à realidade desses trabalhadores, é indispensável ir até eles e conhecer seu real contexto onde executam o trabalho.

Esta etapa de coleta de dados caracteriza-se pelo levantamento de elementos produzidos pelo meio do sujeito, ou seja, os processos de trabalho. A intenção foi demonstrar uma noção básica do ambiente e das condições de trabalho, para que se pudesse compreender do que falam os trabalhadores envolvidos neste estudo.

Foram incluídos servidores técnico-administrativos do quadro permanente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, vinculados ao Regime Jurídico Único (RJU) que estiveram atuando nas unidades selecionadas, no período estudado. Desses 131 participantes, 20 eram enfermeiros (as), 52 técnicos (as) de enfermagem, 8 médicos (as), 5 assistentes sociais, 2 farmacêuticos (as), 4

biomédicos (as), 2 nutricionistas, 2 psicólogos (as), 1 arquivista, 2 odontólogos (as), 1 fonoaudiólogo (a), 1 engenheiro, 11 técnicos (as) de laboratório, 5 técnicos (as) de radiologia e 15 servidores das áreas administrativas e de apoio. Dos pesquisados das áreas administrativas, 5 eram assistentes de administração, 1 técnico em contabilidade, 4 auxiliar administrativo e/ou recepcionista, 1 almoxarife, 1 técnico em eletricidade, 1 aux. laboratório, 1 aux. cozinha, 1 motorista, distribuídos na tabela 1.

Tabela 1- Distribuição Servidores Técnico-Administrativos do HC/UFG por Categoria Profissional - Período 2014/2015.

Função	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Enfermeiro (a)	3	17	20	2,29%	12,98%	15,27%
Técnico (a) em Enfermagem	5	47	52	3,82%	35,88%	39,69%
Médico (a)	4	4	8	3,05%	3,05%	6,11%
Assistente Social	0	5	5	0,00%	3,82%	3,82%
Farmacêutico (a)	0	2	2	0,00%	1,53%	1,53%
Biomédico (a)	1	3	4	0,76%	2,29%	3,05%
Nutricionista	0	2	2	0,00%	1,53%	1,53%
Psicólogo (a)	0	2	2	0,00%	1,53%	1,53%
Arquivista	0	1	1	0,00%	0,76%	0,76%
Ondotologo (a)	0	2	2	0,00%	1,53%	1,53%
Fonaudiólogo (a)	0	1	1	0,00%	0,76%	0,76%
Engenheiro (a)	1	0	1	0,76%	0,00%	0,76%
Técnico (a) de Laboratório	4	7	11	3,05%	5,34%	8,40%
Técnico (a) de Radiologia	4	1	5	3,05%	0,76%	3,82%
Administrativo/Apoio	5	10	15	3,82%	7,63%	11,45%

Nota: Dados da pesquisa – Goiânia – nov./2015 a fev./2016.

Foram excluídos da pesquisa os servidores técnico-administrativos vinculados ao Regime Jurídico Único (RJU) de férias regulares, licença para interesse particular, bem como aqueles que não tiveram interesse em participar. A coleta de dados foi realizada através de questionário, no próprio local de trabalho de cada participante, abrangendo o período de novembro de 2015 a Fevereiro de 2016.

A pesquisa de campo foi realizada através da coleta de dados com a aplicação de um questionário aos servidores do HC, conforme Tabela 1 e outro questionário aos gestores do SIASS/UFG, constituído por 01 enfermeira, 01 médica do trabalho e 01 engenheira do trabalho.

3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para o instrumento de coleta de dados utilizou-se dois questionários especificamente desenvolvidos para este estudo, elaborados com questões abertas e fechadas para aplicação de um questionário aos servidores técnico-administrativos do Hospital Universitário/UFG e outro questionário específico aplicado aos gestores do SIASS/UFG.

Os instrumentos e técnicas para a coleta de dados empíricos foram: análise de documentos, aplicação de questionários. Os questionários versaram sobre as variáveis socioeconômicas, condicionantes e determinantes sociais, econômicos, organizativos, culturais inseridos na realidade do hospital e seus trabalhadores, para apreensão da percepção destes trabalhadores sobre a política de saúde e segurança do trabalho instituída para os servidores públicos federais.

O questionário inicialmente foi aplicado a 9 servidores técnico-administrativos pré-selecionados, correspondendo 10% da previsão de entrevistados, como piloto, para testar as variáveis e avaliar a validação do conteúdo e fazer as adequações necessárias. Após a validação e realizadas pequenas reformulações, iniciou-se a aplicação dos questionários com questões que versaram sobre as variáveis descritas abaixo.

As perguntas do questionário versaram sobre as seguintes variáveis: sexo; faixa etária; nível de escolaridade; local de lotação na instituição; cargo, função; tempo no serviço público; o significado do trabalho e as relações hierárquicas; duplo vínculo de emprego; hora extra (APH); licença médica por adoecimento; acompanhamento terapêutico ou psicossocial nos adoecimentos ou agravos; exames periódicos; ambiente de trabalho; insalubridade/periculosidade; avaliação desses mapeamentos; CIPA/CIPSS; avaliação da perícia médica; avaliação da assistência à saúde (plano de saúde); percepção e avaliação dos programas de promoção e vigilância à saúde e ao programa de segurança do trabalho.

As questões do questionário foram formuladas para conhecer o perfil destes trabalhadores/servidores técnico-administrativos e estão relacionados ao adoecimento dos servidores no contexto desse Hospital.

O segundo questionário envolveu os gestores do SIASS/UFG, para analisar as percepções destes gestores sobre a implementação das políticas públicas de saúde

e segurança para os servidores federais, no contexto do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

A aplicação dos questionários transcorreu de final de Novembro de 2015 a Fevereiro de 2016. Foi feito um roteiro de aplicação nas seções, clínicas e unidade de trabalho do HC. O maior facilitador foi o envolvimento e interesse dos servidores em participarem da pesquisa, identificando-a como de cada um (a). Não houve recusa em participação da pesquisa. As dificuldades encontradas foram as inerentes à complexidade do Hospital Universitário da UFG.

Com retorno de 131 questionários, passou-se à fase de codificação dos dados. Para melhor elucidação da análise, constituíram o corpo dos resultados, recortes das opiniões que foram identificados com as iniciais de técnico-administrativo (TA). Cada questionário recebeu um código QTA (Questionário Técnico-Administrativo) seguidas pelo número correspondente do questionário (1 a 131), garantindo, o anonimato dos participantes. Para o questionário de gestor usou-se o código QG (Questionário Gestor), com numeração 01 a 03.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa com os servidores técnico-administrativos foram obedecidos todos os princípios e postulados éticos, conforme a Resolução CNS nº 466/ 12 – do Conselho Nacional de Saúde (CNS/CONEP) e têm como referência o respeito à dignidade da pessoa humana envolvida.

A participação nesta pesquisa foi planejada para não trazer riscos de qualquer natureza, seja de ordem legal, trabalhista, previdenciária ou ainda situação vexatória ou de constrangimento que possam prejudicar os participantes envolvidos na pesquisa.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEP/PUCGO) sob número CAAE 50208315.2.0000.0037 com número do parecer 1.334.636 e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/HC/UFG) sob número 50208315.2.3001.5078 e Número do Parecer 1.374.724.

3.6 AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA

Na análise de políticas públicas os cientistas políticos têm se preocupado, essencial e tradicionalmente, em estudar como as decisões são tomadas: que fatores influenciam o processo de tomada de decisões e as características desse processo (ARRETCHE, 2012).

Neste estudo, para a análise da política em pauta, o processo de avaliação foi definido como:

A análise crítica do programa (política) com o objetivo de apreender, principalmente, em que medida as metas estão sendo alcançadas, a que custo, quais os processos ou efeitos colaterais que estão sendo ativados (previstos ou não previstos, desejáveis ou não desejáveis) indicando novos cursos de ação mais eficazes (LIMA JUNIOR *et al.*, 1978, p. 4-5).

A avaliação envolve necessariamente um julgamento, avaliar é atribuir valor. A avaliação consiste em atribuir valor às políticas, às suas consequências, ao aparato institucional em que elas se dão e aos próprios atos que pretendem modificar o conteúdo dessas políticas.

Para tanto, é necessário estabelecer critérios de avaliação que nos permitam dizer se e porque uma política é preferível à outra. Neste sentido, não existe possibilidade de que qualquer modalidade de avaliação ou análise de políticas públicas possa ser apenas instrumental, técnica ou neutra. Por avaliação política entendemos a análise e elucidação do critério ou critérios que fundamentam determinada política: as razões que a tornam preferível a qualquer outra (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986).

Por avaliação de efetividade, entende-se o exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos e/ou resultados, isto é, seu sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança nas condições sociais prévias da vida das populações atingidas pelo programa sob avaliação.

A efetividade objetiva é o critério de aferição da mudança quantitativa da execução do programa. O critério de avaliação subjetiva é o critério de aferição de mudanças psicológicas, de mudanças nos sistemas de crenças e valores e, notadamente, tem a função de aferir a percepção da população sobre a adequação dos resultados objetivos dos programas aos seus desejos, aspirações e demandas.

Ou seja, o nível de bem-estar social tem de ser julgado por esta dimensão subjetiva também (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986).

A análise de impacto, por sua vez, tem uma ambição mais ampla e bem mais complexa. Ela diz respeito aos efeitos do programa sobre a população-alvo e tem, subjacente, a intenção de estabelecer uma relação de causalidade entre a política e as alterações nas condições sociais (LIMA JR. *et al.*, 1978; FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986).

Adota-se o modelo analítico de avaliação de efetividade objetiva e subjetiva para aferir o processo de implantação e/ou implementação da política sob análise. No estudo os indicadores permitiram a aferição dos resultados do programa do objeto em questão: Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, no contexto do Hospital das Clínicas/UFG.

As respostas dos servidores técnico-administrativos questionam a relevância com que a gestão SIASS/UFG tem implementado às ações de promoção da saúde e segurança do trabalho no contexto do Hospital das Clínicas da UFG.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi trabalhada como uma abordagem quanti-qualitativa. A dimensão quantitativa dos dados da pesquisa está trabalhada a partir das respostas dos questionários compostos por questões abertas e fechadas.

A dimensão qualitativa da pesquisa foi trabalhada a partir da relação entre as categorias de análise, a fundamentação teórica e a análise dos dados empíricos. A análise dos dados coletados pelos questionários advindos da pesquisa deu-se em função das respostas da pesquisa.

Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa surge quando se evidencia a impossibilidade de se investigar por meio de dados estatísticos alguns fenômenos que envolvem a percepção, a intuição e a subjetividade. Ela está direcionada para a investigação dos significados das relações humanas, nas quais as ações são influenciadas pelas emoções e / ou sentimentos que afloram frente às situações vivenciadas no cotidiano.

Optou-se por elencar as etapas da técnica segundo Bardin (2006), o qual as organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

As análises dos dados permitiram a articulação entre a implantação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho e os condicionantes e determinantes que estão presente e podem interferir no processo de adoecimento dos servidores.

A implementação ou execução de atividades com vistas à obtenção de metas definidas no processo de formulação da PASS, seus objetivos e diretrizes nos remetem às questões norteadoras complementares ao problema: o grau de eficácia da implantação da política de promoção à saúde influencia no processo de adoecimento dos servidores técnico-administrativos do hospital universitário da UFG; a ineficácia da política de promoção de saúde e segurança do trabalho repercute no adoecimento dos servidores técnico-administrativos do Hospital Universitário da UFG; a escolaridade, o cargo e a relação hierárquica desempenhada pelo servidor técnico-administrativo da saúde têm relações diretas com o processo de adoecimento do trabalhador; a predominância do sexo feminino e a dupla jornada como a sobrecargas de cuidados com família influenciam no processo de adoecimento; a faixa etária mais elevada combinada com maior tempo de serviço, concomitante à ausência de medidas preventivas e de segurança repercutem diretamente no processo de adoecimento

Os dados foram tabulados no programa Excel 2013 e a análise estatística foi executada com o programa Statical Analysis System (SAS). Os dados são apresentados em tabelas, gráficos e descritivamente em observação aos objetivos, problema e hipóteses da pesquisa no capítulo 4, referentes aos resultados e discussão.

CAPITULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo está apresentada a estrutura do SIASS/UFG, executor da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, objeto do estudo. Está destinado, ainda, à apresentação e discussão dos resultados da pesquisa. Participaram do presente estudo 131 servidores públicos federais lotados nos diversos setores e unidades do Hospital das Clínicas, pertencentes às diversas categorias profissionais. Participaram, também, três gestores do SIASS/UFG, sendo uma enfermeira, uma médica do trabalho e uma engenheira do trabalho.

Procurou-se discutir os aspectos relativos à percepção dos servidores técnico-administrativos da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (PASS) e ainda como os gestores do SIASS/UFG, enquanto órgão executor da instituição, analisam o desenvolvimento/implementação da PASS.

O Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor da Universidade Federal de Goiás (SIASS-UFG) tem como objetivo principal coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores.

O SIASS-UFG está estruturado conforme segue:

Coordenação Administrativa - Podem ser obtidas na Coordenação Administrativa dentre outras, informações sobre como proceder nos casos de Perícia em trânsito para Licenças Tratamento de Saúde (quando o servidor se encontrar em outro Estado), Acidente de Trabalho, Adicional de Insalubridade ou Periculosidade.

Núcleo de Estudos em Saúde do Trabalhador - Criado no final de 2015, o NEST/SIASS-UFG é um núcleo de investigação de caráter multidisciplinar, com a finalidade de promover estudos sobre saúde do trabalhador da UFG.

Equipe de Perícia Oficial em Saúde - Responsável por todas as solicitações oficiais que visem à avaliação técnica da capacidade laborativa dos servidores docentes e técnicos administrativos da UFG, no que tangem aos processos de licença para tratamento de saúde, remoções, aposentadorias, readaptações, estabelecimento de nexos causais em acidentes ou doenças do trabalho, etc.

Equipe de Atenção à Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho - Responsável pelo conjunto de ações dirigidas à saúde do servidor, com o objetivo de desenvolver práticas de gestão, de atitudes e de comportamentos que contribuam para a proteção da saúde tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho.

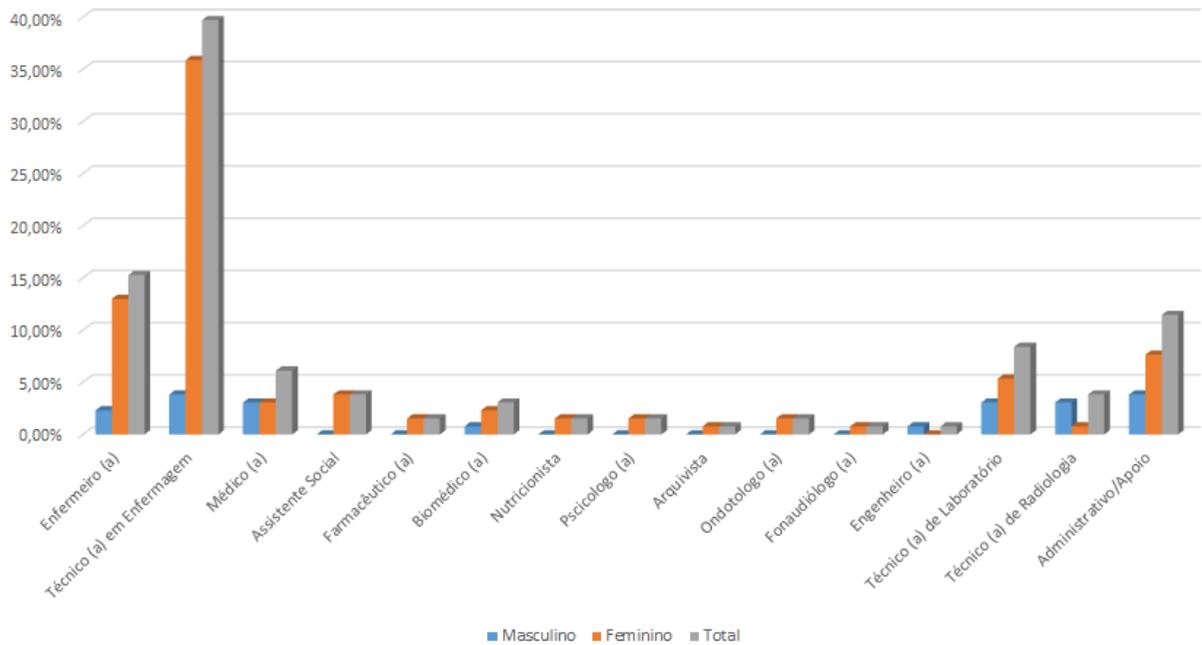
Equipe de Saúde e Segurança do Trabalho - Responsável pelo conjunto de medidas técnicas, médicas e educacionais, empregadas para prevenir acidentes, eliminando condições inseguras do ambiente de trabalho, instruindo os trabalhadores quanto às práticas preventivas. Compete às atividades de avaliação dos ambientes de trabalho e prevenção de acidentes do trabalho, com foco na qualidade de vida dos servidores. É ainda responsável pela emissão de laudos de insalubridade e periculosidade (site SIASS/UFG, 2016).

Para a finalidade deste estudo, do conjunto da pesquisa realizada, foram escolhidos alguns dados coletados que permitiram comparações e avaliações.

Os resultados apresentados permitem inferir que a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, no contexto do Hospital Universitário/UFG, objeto desse estudo, possui forte tendência ineficácia, insuficiência ou ausência como instrumento de promoção à saúde e segurança do trabalho, conseqüentemente, influencia e repercute no processo de adoecimento dos servidores.

As análises dos dados da pesquisa são apresentadas em forma de gráficos e descritivamente nas próximas páginas.

Gráfico 1 - Distribuição dos Servidores do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás por categoria profissional no período 2014/2015.



Nota: Dados da pesquisa – Goiânia – nov./2015 a fev./2016.

Em relação às características gerais da população em estudo podemos delinear um perfil dos profissionais participantes que são predominantemente mulheres (79%), com faixa etária entre 41 e 60 anos (70,8%); com tempo de serviço entre 11 e 30 anos (72%); escolaridade de nível superior com pós-graduação (62%); com duplo vínculo da área de saúde (56%); com Adicional de Produção Hospitalar (APH) da área técnica (62%).

Verificou-se que quanto à distribuição dos servidores técnico-administrativos, a categoria Enfermagem representou o maior quantitativo, com 55% da população estudada, sendo 15,27% enfermeiros (as), e 40% técnicos (as) de enfermagem. Os (as) auxiliares de enfermagem estão incluídos na categoria técnicos (as) de enfermagem. Seguiu-se o critério de estratificação proporcional de profissionais e indivíduos sociais significativos.

Atualmente, os Hospitais Universitários Federais apresentam quadros insuficientes de servidores, instalações físicas inadequadas e subutilização da capacidade instalada para alta complexidade, reduzindo a oferta de serviços à comunidade. Essa conjuntura tem implicado fechamento de leitos e serviços, bem como em contratações de mão de obra terceirizada.

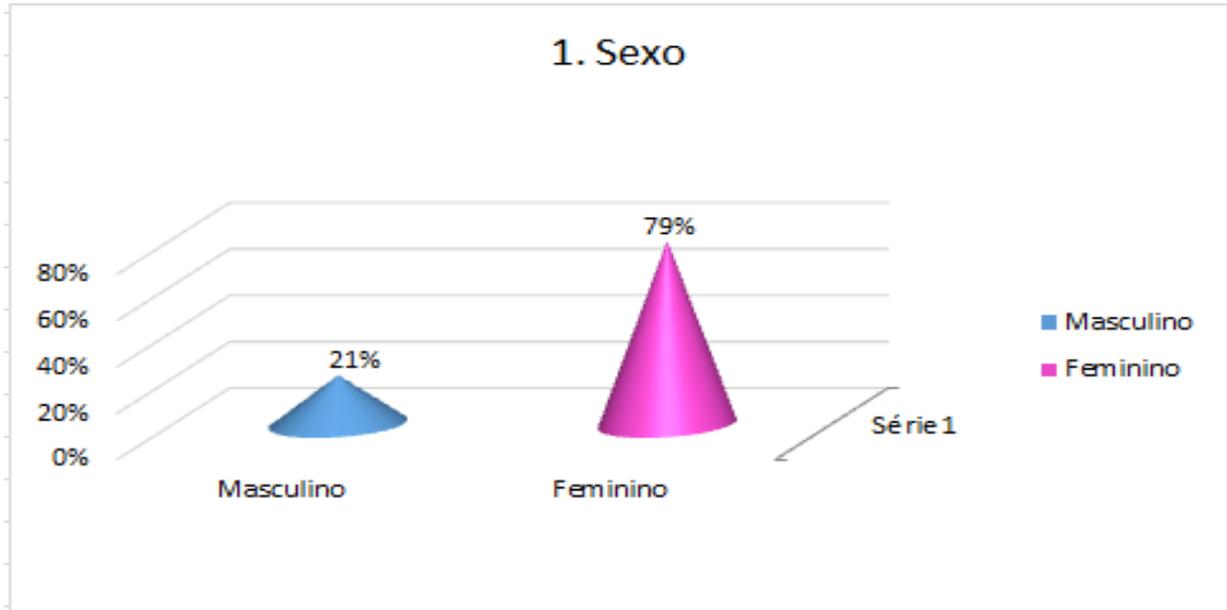
Cabe destacar que a deficiência ou mesmo a ausência de profissionais nos hospitais universitários é um reflexo da junção de vários fatores: a ausência de concursos por parte do MEC; a não responsabilização do Ministério da Saúde pela mão de obra desses hospitais no que tange à assistência; a defasagem dos salários oferecidos, o que gera a busca por outros vínculos; a pressão das entidades de controle, o não planejamento do governo para o momento atual que demarca elevado número de aposentadorias, ou seja, não houve e não há uma política de reposição desses funcionários de forma a manter o equilíbrio no quadro de pessoal; e o nível de adoecimento e conseqüente afastamento dos funcionários (RIBEIRO *et al.*, 2010).

De acordo com Machado:

O processo de trabalho e o mundo do trabalho estão se transformando de forma significativa, alterando a modalidade de inserção e os vínculos empregatícios, a forma de remuneração e, muito fortemente, o modo de trabalhar, configurando-se em arenas competitivas, individualizadas e em ambientes pouco saudáveis (MACHADO, 2005, p. 272).

Dados do MEC mostram que em 2008, 1.124 leitos foram desativados nessas instituições sob a justificativa de escassez do quadro de pessoal. Com um déficit, desde 2008 de 5.443 servidores, a questão dos recursos humanos dos hospitais se agrava com a perspectiva de aposentadoria de 3.741 servidores, entre 2008 e 2010, dos quais 996 são técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, 319 enfermeiros e 370 médicos (BRASIL, 2009a).

Além do contingente de servidores, importa caracterizar a precarização das relações de trabalho, seja nas diferentes relações como força sindical, remuneração, carga horária e outros benefícios. Isso tem gerado desigualdades entre os trabalhadores da mesma categoria, inseridos na mesma instituição. A insuficiência de pessoal e/ou grande rotatividade dos vínculos contribui significativamente para a ineficiência dos serviços, a conseqüente precariedade da instituição e a fomentação de impasses entre os próprios trabalhadores (SODRÉ *et al.*, 2013).

Gráfico 2- Distribuição dos Servidores Técnico-Administrativos por Sexo

Nota: Dados da pesquisa – Goiânia – nov./2015 a fev./2016.

Quanto à distribuição dos servidores técnico-administrativos no que diz respeito ao gênero, 79% dos servidores pesquisados foram do sexo feminino e 21% do sexo masculino. O sexo feminino predominou em quase todas as categorias profissionais. Esse resultado já era esperado e vem ao encontro do histórico de categorias de trabalho majoritariamente femininas como Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Psicologia e, recentemente, Medicina e Odontologia.

De acordo com Spindola (2005), o fato das categorias de trabalho de saúde serem exercidas majoritariamente por mulheres torna-se relevante quando se analisam os determinantes e a organização dessa prática social, que a associam aos estereótipos que cercam a vivência feminina na sociedade.

Na contemporaneidade, o serviço público constitui-se o lócus preferencial para as mulheres, dadas as possibilidades que elas têm de disputar de forma mais equilibrada um posto de trabalho, pois o ingresso ocorre mediante concurso de provas e títulos. Também nesse espaço o Estado provê serviços, tipo previdência, assistência social, serviços médicos, paramédicos e educacionais, que geralmente as atraem pela proximidade com os serviços que tradicionalmente desenvolvem no âmbito familiar (MOURÃO, 2006).

O predomínio feminino tem repercussões no processo de aposentadoria, uma vez que as regras variam com o sexo do servidor. Para a aposentadoria das mulheres se requer um tempo menor tanto em idade como no tempo de contribuição

A chamada feminilização da força de trabalho é considerada como as tendências em foco: maior qualificação da equipe, flexibilização dos vínculos, expansão da capacidade instalada, municipalização dos empregos e ambulatorização dos atendimentos. Esta inserção da mulher no mercado de trabalho na saúde é um fenômeno crescente que vem sendo estudado com o objetivo: compreensão da expansão do mundo do trabalho e das especificidades do setor saúde que representa mais de 70% da força feminina. O que difere são as profissões que estão passando por um processo de feminilização mais recente, como a Odontologia e a Medicina (MATOS *et al.*, 2013).

Discutir a questão da feminilização nas profissões de saúde implica igualmente refletir sobre a saúde e a qualidade vida de profissionais nos seus contextos de trabalho e de formação.

O Hospital das Clínicas/UFG, como uma instituição de saúde/hospitalar possui categorias profissionais de maioria feminina, que confirmaram os dados de Bruschini (2007), de persistências de tradicionais guetos femininos, como Enfermagem, Nutrição, Serviço Social e Psicologia.

Vários autores citaram em seus estudos, a predominância do sexo feminino no profissional da saúde, os quais possuem uma analogia com os resultados deste estudo.

Em um estudo realizado no Hospital Universitário de Curitiba/UFPR:

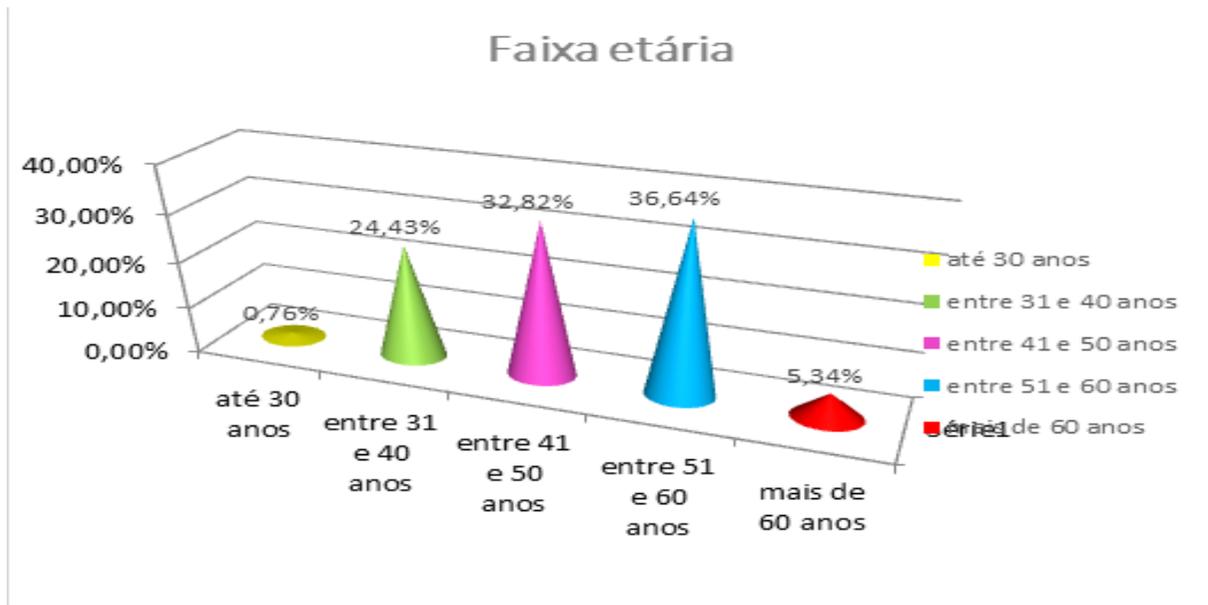
Com relação ao perfil dos trabalhadores, no que diz respeito ao gênero, o sexo feminino predominou nos eventos registrados (88,7%). Este resultado reforça o aspecto histórico da enfermagem como profissão feminina. A faixa etária dos trabalhadores registrados variou de 21 a 60 anos, tendo a maioria, idades entre 41 a 50 anos (57,6%), seguidos daqueles com 51 a 60 anos (23,3%) e 31 a 40 anos (11,5%) (KARINO *et al.*, 2015, p.1012).

Em outro estudo realizado no congênere Hospital Universitário/UFSC, Silveira e Grisotti (2011) relatam que quanto ao perfil, os servidores se caracterizam por: Sexo: 84% de sexo feminino; idade: entre 41 e 50anos.

Para Elias (2006) a profissional de saúde, como grande parte das mulheres, ao buscar o trabalho fora de casa leva consigo como referência identificadora a maternidade e todos os signos que lhe designam o que é ser mulher, tentando realizá-los a partir do modelo tradicional que lhe foi ensinado. A convivência da necessidade de trabalhar fora de casa e do desejo de cuidar dos filhos e da casa, segundo os moldes tradicionais, traz para as mulheres contradições e conflitos.

Ao se transpor essa reflexão para o trabalho da Enfermagem, depara-se com a fragilidade da argumentação da relação “cuidado - ação feminina” e da “relação de serviço” como características constitutivas da inclinação das mulheres para determinados setores. Os argumentos que definem os trabalhos de relações humanas como leves e adaptados à fragilidade das mulheres e suas experiências domésticas, proibindo o seu trabalho noturno, tornam-se relativos quando a “necessidade obriga” – por exemplo, os doentes não podem ficar sozinhos à noite no hospital. As exceções se instalam e desaparecem as “fragilidades” e, com a feminilização persistente disso, as mulheres podem fazer tudo, cabendo-lhes “se arranjar” com as atribuições familiares (ELIAS, 2006).

As esferas produtiva e reprodutiva da vida se interpenetram, se entrecruzam, na definição da situação (tempo, espaço, qualidades) do trabalho feminino. É preciso então considerar essas inter-relações e superposições de uma esfera sobre a outra, pois são elas que colorem as experiências (as práticas), sobretudo as femininas (LOPES, 2005).

Gráfico 3 - Distribuição dos Servidores Técnico-Administrativos por Faixa Etária

Nota: Dados da pesquisa – Goiânia - nov./2015 a fev./2016.

Em relação à faixa etária: um servidor técnico-administrativo tem idade até 30, representando 0,76%; 32 técnico-administrativos têm idade entre 31 e 40 anos, o que equivale a 24,43%; 43 técnico-administrativos com idade de 41 a 50 anos (32,82%); 48 técnico-administrativos com idade entre 51 e 60 anos (36,64%) e 07 técnico-administrativos com idade acima de 61 anos (5,34%), conforme ilustra o gráfico 3.

O fato de somente em torno de 1% dos servidores pesquisados terem menos de 30 anos advém do resultado da política perversa de não contratação de servidores pelo RJU e a UFG seguiu essa política, pouco promovendo lotação por esse regime ao Hospital das Clínicas.

O último concurso público via RJU específico para o HC ocorreu a mais de 12 anos e somente a partir de 2010 foi autorizado a repor os servidores por afastamentos, aposentados, demitidos e falecimentos. Essa reposição não tem suprido nem as necessidades mais urgentes de pessoal. Some-se ainda as vagas de servidores do HC que foram repassadas ou “canibalizadas” para outras unidades da UFG.

O reflexo dessa política de desmonte de pessoal promovido nos últimos dez anos pelo Governo Federal é a quase ausência de jovens como servidores técnico-

administrativos no HC/UFG. O RJU é um regime em extinção nos Hospitais Universitários Federais.

Segundo dados da Divisão de Gestão de Pessoas/HC mais de 300 servidores do RJU se afastaram por aposentadoria, falecimentos, demissões de 2006 a março de 2016. Só no período de janeiro a fevereiro de 2016 aposentaram mais de 20 servidores, perfazendo a força de trabalho pelo Regime Jurídico Único menos de 900 servidores técnico-administrativos.

Conforme gráfico 3 (p. 94), os servidores técnico-administrativos acima de 41 anos representam 70,8% do número total de pesquisados e 42% dos técnico-administrativos têm acima de 51 anos.

De uma forma geral, a mulher atinge condição de se aposentar pelo menos cinco anos antes do que os homens. O contingente atual de servidores do Hospital das Clínicas da UFG possui um perfil com propensão à aposentadoria, isto porque as faixas etárias a partir de 51 anos correspondem a 42,0% do total de servidores.

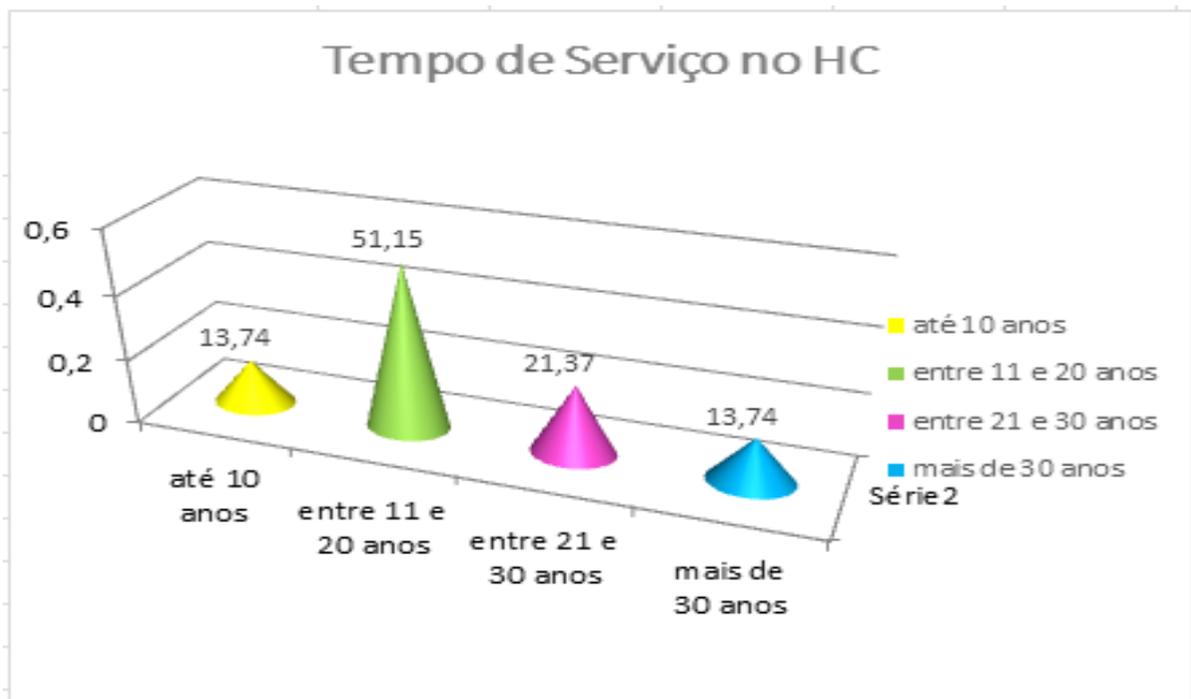
Considerando a faixa etária, é possível inferir que 70% dos servidores técnico-administrativos caminham para a fase de envelhecimento cronológico e 42% já estão em fase de maior envelhecimento, pela análise da Organização Mundial de Saúde. De acordo com dados da Divisão de Gestão de Pessoas/HC parcela significativa de servidores técnico-administrativos recebem abono permanência, ou seja, os servidores optam por permanecer mais tempo em atividade após já possuírem as condições para aposentadoria, por se considerarem pessoas produtivas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como trabalhador em fase de envelhecimento aquele com 45 anos de idade ou mais. Assume-se que a partir dessa idade as perdas de algumas capacidades funcionais tendem a se acentuar caso medidas preventivas não sejam adotadas concomitantemente, bem como se as condições de trabalho não forem adequadas. Condições inadequadas de trabalho podem ser traduzidas em riscos de natureza física, química, biológica ou organizacional, que podem resultar no afastamento precoce do mercado de trabalho (CAMARANO; PASINATO, 2008, p. 7).

Atualmente, o Brasil está passando por um processo de transição demográfica, marcado pelo envelhecimento da população, tanto em idade produtiva como também da força de trabalho, tornando-se indispensável a indagação pela qualidade de vida das pessoas no processo funcional (FELLI; TRONCHIN, 2010).

A qualidade de vida no trabalho reflete diretamente na vida social e muitas vezes no relacionamento familiar do trabalhador. Contudo, a qualidade dos serviços prestados também é afetada pelas más condições de trabalho, devido ao estresse, ao cansaço e à fadiga provocada por um ambiente de trabalho inadequado (ANDRADE; VEIGA, 2012).

Gráfico 4 - Distribuição dos Servidores Técnico-Administrativos por Tempo de Serviço



Nota: Dados da pesquisa – Goiânia - nov./2015 a fev./2016.

Em relação à variável tempo de serviço é possível inferir que a maioria dos servidores técnico-administrativos, num percentual acima de 72%, encontra-se na variação de 11 a 30 anos de tempo de serviço na instituição e 51% encontra-se na faixa intermediária que varia de 11 a 20 anos de tempo de serviço.

No início da carreira, representada por 13,74%, situados em até 10 anos de serviço e no outro extremo, também com 13,74% estão os servidores técnico-administrativos com maior envelhecimento funcional, acima de 30 anos de serviço.

A análise quantitativa dos dados referentes ao tempo de serviço e faixa etária mostra que o segmento acima de 30 anos de serviço, com os servidores acima de 61 anos, temos um expressivo número de servidores que percebem abono

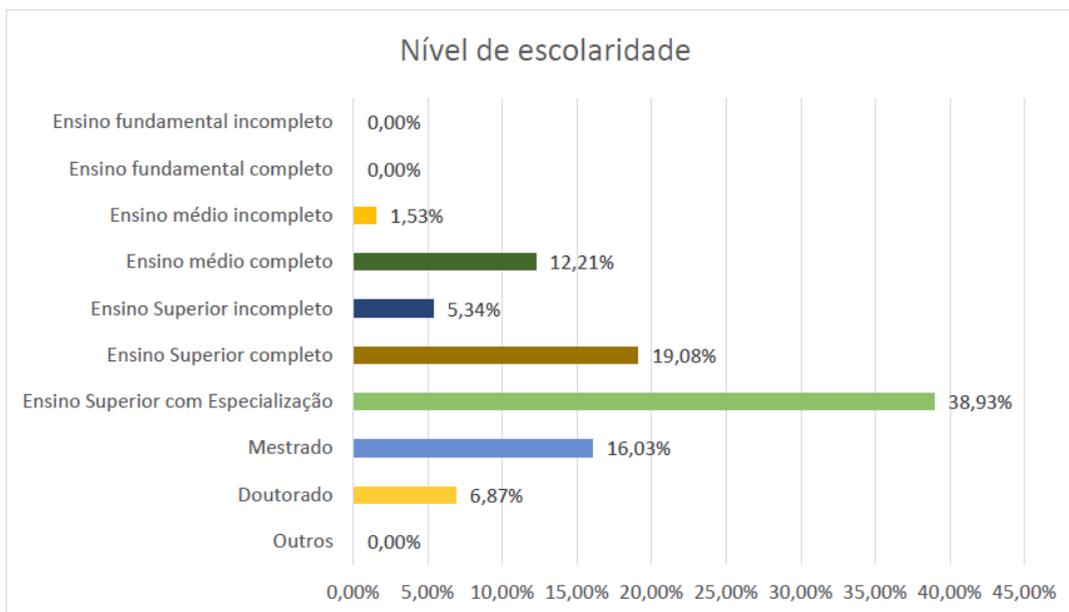
permanência, ou seja, aptos para aposentarem, segundo dados pesquisados na Divisão de Gestão de Pessoa/HC.

Segundo Ribeiro *et al.* (2010) a deficiência de profissionais no Hospital Universitário, a ausência de concursos por parte do MEC, elevado número de aposentadorias, sem uma política de reposição dos servidores e o nível de adoecimento e conseqüente afastamento é reflexo da precariedade da instituição e a precarização das relações de trabalho.

A relação do trabalhador com o seu trabalho apresenta as demandas da organização do trabalho e as demandas do trabalhador, que, ao longo de sua vida, contrai perdas decorrentes do trabalho no âmbito das suas necessidades nas diversas esferas, atingindo a sua saúde física, mental e social.

Os dados apresentados nos gráficos 3 (p.95) e 4(p.97) permitem inferir quanto à hipótese: faixa etária mais elevada combinada com o tempo de serviço concomitante à ausência de medidas preventivas apontam como desencadeadores do processo de adoecimento que interferiram no processo de adoecimento dos trabalhadores da saúde do HC/UFG.

Gráfico 5 - Distribuição dos Servidores Técnico-Administrativos por Nível Escolaridade



Nota: Dados da pesquisa - Goiânia – nov./2015 a fev./2016.

Dos servidores técnico-administrativos participantes da pesquisa, 36,64% eram profissionais com cargo de exigência de nível superior. Já os servidores técnico-administrativos de nível médio, sem exigência de escolaridade de terceiro grau, que participaram da pesquisa, somavam 63,36%. No entanto, além desses 36,64% de servidores técnico-administrativos de categorias profissionais de nível superior, 44,27% dos servidores de nível médio apresentaram formação em terceiro grau.

Observou-se uma predominância de profissionais com grau maior de instrução, com pós-graduação representando 62% da população estudada: Especialização, 39%, Mestrado, 16% e Doutorado, 7%. Esta escolaridade qualificada deve-se em grande parte à luta dos servidores das Universidades que conseguiram colocar como diretriz da política nacional de desenvolvimento de pessoal o incentivo à capacitação, inclusive para promoção funcional. Esses incentivos variam com a área de conhecimento com a relação direta, podendo variar de 25 a 75% de ganho salarial como incentivo de qualificação.

O diferencial de gênero constatado na escolaridade brasileira é que as trabalhadoras têm níveis de escolaridade mais elevados do que seus colegas homens. Os dados no Brasil revelam que as mulheres constituem a maior parte dos estudantes de nível superior. É o que revelou a pesquisa do IBGE, *Estatísticas de Gênero - Uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010*. Constatou-se também um contingente maior de mulheres entre os universitários de 18 a 24 anos no nível superior, em 2010. Elas representavam 57,1% do total de estudantes na faixa etária. Consequentemente, o nível educacional das mulheres é maior do que o dos homens na faixa etária dos 25 anos ou mais.

Movidas pela escolaridade as trabalhadoras brasileiras obtiveram progresso no mercado de trabalho, seja a de nível médio, no qual as jovens superam os jovens, seja a de nível superior, no qual as mulheres consolidaram presença bem mais elevada do que a dos homens.

Fato relevante na amostragem foi o segmento de servidores técnico-administrativos com nível superior e pós-graduação e os de nível médio que possuem o terceiro grau mencionaram processo de adoecimento em número superior e foram mais afastados do que os menos qualificados.

Com relação a significados do trabalho para os servidores técnico-administrativos HC/UFG, buscou-se perceber a inserção dos servidores técnico-administrativos enquanto agentes no processo de análise, no mundo do trabalho e seu impacto na relação trabalho-saúde, no caso específico do hospital universitário da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG).

Na avaliação quantitativa, quando questionados sobre o significado do trabalho, a maioria dos servidores (70%) expressaram gratificados em realizar um trabalho que gostam e prover o seu sustento e da família, assim como o consideram um fator de integração social e de construção de identidade, cidadania e realização.

Na avaliação qualitativa sobre o significado do trabalho, passamos a descrever as opiniões dos servidores técnico-administrativos, quando questionados sobre o que o trabalho significava para cada servidor:

QTA 02- Meio de igualdade, respeito, dignidade e satisfação.

QTA 04- É a expressão que dá sentido à vida e ao existir, pois completa e aperfeiçoa as competências, as habilidades e conhecimentos intrapessoal e interpessoal.

QTA 25- Para mim, o trabalho é todo esse conjunto e deveria ser um espaço que traz prazer e satisfação ao funcionário.

O trabalho faz parte do processo de integração social dos indivíduos. A participação em novas experiências, o desenvolvimento de atividades que vão além dos interesses individuais e a construção da identidade social, reforçam a autoestima e confiança nas próprias capacidades. Esta importância fundamental na constituição da subjetividade interfere diretamente nos modos de vida, tanto na saúde física quanto na saúde mental das pessoas (SILVA JÚNIOR, 2012).

Antunes (2000) destaca a relação entre sentido e trabalho na atual realidade social em uma perspectiva sociológica. Segundo o autor, para que exista uma vida cheia de sentido fora do trabalho, é necessária uma vida dotada de sentido dentro do trabalho. Não é possível compatibilizar trabalho assalariado, fetichizado e estranhado com satisfação, realização e pertença que trazem sentido para a vida dos indivíduos. Uma vida desprovida de sentido no trabalho é incompatível com uma vida cheia de sentido fora do trabalho.

Ainda, sobre o significado do trabalho, para cada servidor:

QTA 90: É também um meio para valorizar a autoestima.

QTA 95: Ampliações dos processos cognitivos intelectual-socialização, crescimento pessoal e sustentabilidade financeira e econômica.

QTA105: Meio pelo qual o indivíduo segue suas habilidades e desejos profissionais.

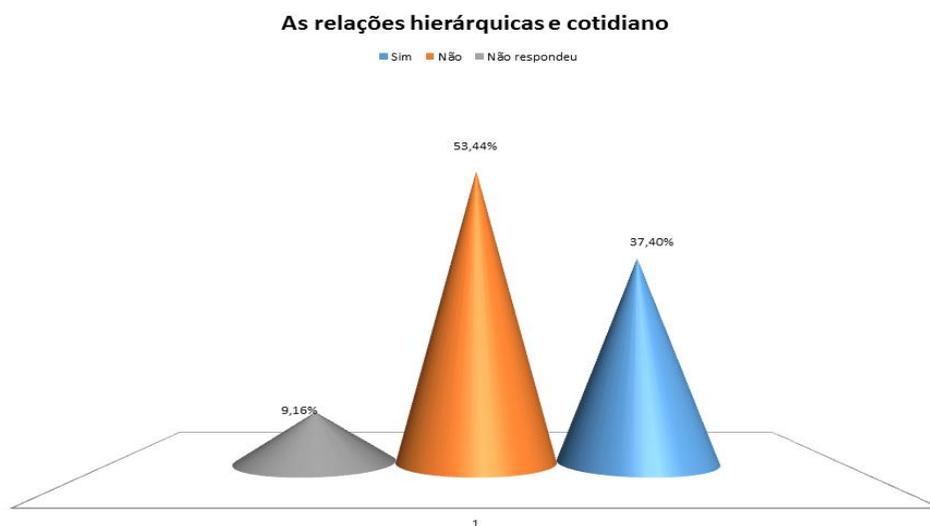
QTA 115: Meio pelo qual o indivíduo ajuda a transformar a sociedade, podendo ser remunerado ou não.

QTA 122- Forma de realização pessoal, contribuindo para a sociedade.

Para que haja uma vida dotada de sentido, é necessário que o indivíduo encontre na esfera do trabalho o primeiro momento de realização. Se o trabalho for autodeterminado, autônomo e livre, será também dotado de sentido ao possibilitar o uso autônomo do tempo livre que o ser social necessita para se humanizar e se emancipar em seu sentido mais profundo. A busca de uma vida dotada de sentido a partir do trabalho permite explorar as conexões decisivas existentes entre trabalho e liberdade (ANTUNES, 2000).

Os servidores técnico-administrativos demonstraram orgulho e satisfação em pertencer a esta instituição de ensino, saúde e pesquisa, que desenvolve atividades assistência médico-hospitalar, ambulatorial, de apoio diagnóstico e terapêutico para a comunidade. Há um reconhecimento por este trabalho de grande valor social, no entanto demonstram também insatisfação com as condições de trabalho precarizadas.

Gráfico 6 – As relações hierárquicas e sua repercussão no cotidiano de trabalho



Sim= As relações hierárquicas afetam o cotidiano de trabalho.

Não= As relações hierárquicas Não afetam o cotidiano de Trabalho.

Nota: Dados da pesquisa – Goiânia - nov./2015 a fev./2016.

A análise quantitativa dos dados dos servidores técnico-administrativos referentes às relações hierárquicas e o processo de trabalho cotidiano mostram que um percentual significativo de 37,40% referiu ser afetado negativamente por essas relações de hierárquicas, tanto do ponto de vista físico quanto psíquico.

Os dados qualitativos da pesquisa sobre relações hierárquicas e sua repercussão foram importantes no sentido de desvelar-se e alcançar percepções das relações coletivas no ambiente de trabalho, para compreender as repercussões e o cotidiano de trabalho.

Narrativas dos servidores quando questionados sobre a percepção das relações hierárquicas e sua repercussão no processo de trabalho:

QTA 04- As relações não deveriam afetar o cotidiano, entretanto atualmente tem afetado diretamente não só o desempenho profissional, como tem comprometido a integridade e saúde mental dos servidores. Tem se observado uma estrutura totalmente hierarquizada e burocrática em detrimento de uma gestão participativa e relações saudáveis preconizadas.

No modelo gerencial atual tem-se como meta única e exclusivamente os resultados a qualquer custo, inclusive da invisibilidade e exclusão do servidor, sobretudo quando este não comunga com o alinhamento gerencial vigente.

Neste momento de mudança gerencial tem sido bastante desgastante e gerado muito sofrimento psíquico aos servidores, até inclusive em função das condições financeiras institucionais e do país. Portanto não há como negar ou desvincular a interação relações hierárquicas e processo de trabalho, pois este reflete o planejamento administrativo e a estrutura disponível, e isto compromete a saúde do servidor, principalmente em função das pessoas que lideram o processo e representam a filosofia institucional.

De acordo com Ribeiro (2004), o trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho.

Há ainda o fato das relações interpessoais no trabalho em saúde frequentemente se darem de forma hierarquizada e autoritária (BRASIL, 2006a), relações marcadas por hierarquias, relações de poder expressas em subordinação de saberes e intensa divisão de trabalho.

O caráter hierarquizado e burocratizado de muitos serviços de saúde é uma situação que está imposta por lógicas específicas hegemônicas de gerência destes serviços que reforçam a divisão dos que planejam para os que executam o trabalho em saúde (CAMPOS, 2007).

Há que se pontuar que essas características ganham real e inegável expressividade no setor saúde, bem como para os trabalhadores deste. Isto porque a história do setor saúde no país corresponde a uma luta intensa entre forças neoliberais e o intento expresso de diversas camadas e movimentos por um projeto de Estado de provisão social.

Isto tem significado uma pressão 'de todos os lados' para que os serviços de saúde apresentem eficácia e eficiência ou resolutividade. Desta forma, quer se defenda que o Estado não tem condições de prover serviços com qualidade a todos e por isso os serviços devem ser privatizados (projeto neoliberal), quer se argumente a necessidade de um Estado forte que ofereça e financie a todos os cidadãos os devidos serviços de direito (projeto de Estado de provisão social), ao setor saúde resta um esforço por atendimentos resolutivos e com qualidade (BROTTO, 2012).

QTA 01: Apesar de ainda não ter me afetado, percebe-se um distanciamento entre gestores e servidores que executam as atividades.

QTA15: Sinto que esse processo é muito estressante, estafante, desigual e o servidor é o oprimido.

QTA16:- Influencia totalmente o cotidiano no trabalho, pois depende da relação hierárquica exercida no trabalho, podemos culminar com bem estar ou agravo e doença do trabalhador.

QTA17: - Acredito que as relações hierárquicas afetam o cotidiano de trabalho, porque um trabalho sob pressão tem mais chance de adoecimento e conseqüentemente mais afastamentos do trabalho com licenças médicas, atestados, relocalizações de função, aposentadoria precoce, dentre outros. No meu ambiente de trabalho, atualmente, isso está bastante evidente. O nível de estresse é percebido por todos nós, e a grande maioria desses estresses são provenientes das relações hierárquicas.

Segundo Mauro (2010), a maioria das vezes é o contrato de trabalho que define as condições de trabalho, compreendendo a carga horária, a jornada, as atividades, a remuneração e outros aspectos. Entretanto, existem aspectos que não estão implícitos no contrato de trabalho, como as tensões, cobranças, o clima organizacional que o trabalhador vai desvendando no seu dia-a-dia de trabalho.

No cotidiano do trabalho em saúde “muitas vezes, a relação, o diálogo e a escuta são colocados em segundo plano, para dar lugar a um processo de trabalho centrado nos formulários, protocolos, procedimentos, como se fossem um fim em si mesmos” (BRASIL, 2005).

Dejours (1994), ao discutir as condições psicológicas do trabalho e suas consequências sobre a saúde do trabalhador, afirma que a organização do trabalho é um fator potencialmente desestabilizador da saúde mental dos trabalhadores.

QTA14: As chefias têm poucos funcionários à sua disposição, com os funcionários trabalhando com sobrecargas. Então, quando o funcionário ausenta por problema de saúde, ele é visto como problemático, pois afeta o andamento do serviço na visão das chefias é unilateral, vê somente a instituição, nunca o funcionário.

QTA118: As chefias não mensuram a quantidade de trabalho distribuído aos servidores, a cada dia exigem maior volume de trabalho, sempre com prazos menores.

QTA83: As chefias em geral não pensam no bem estar do trabalhador, pensam somente em seu próprio umbigo e sempre quer se der bem. Não interessam em promover na instituição e com o usuário uma visão positiva da atividade desenvolvida do setor que representa.

Pelas narrativas os servidores constataam volume de trabalho desproporcional ao número de servidores, com aumento do ritmo de trabalho, para poder dar conta das atividades. Esta exposição de sobrecarga é um fator determinante no adoecimento do servidor.

O ambiente hospitalar, por si, apresenta aspectos muito específicos como a excessiva carga de trabalho, o elevado nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros. A necessidade de funcionamento e plantões permite a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho, comuns entre os trabalhadores da saúde, especialmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de uma vida digna. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que, por si só, danificam suas integridades física e psíquica (PITTA, 1994).

O trabalhador é percebido, em alguns momentos, como um fator de produção, sendo suas potencialidades e necessidades negligenciadas a todo o momento. A conhecida insuficiência de pessoal de saúde é agravada pelo absenteísmo identificado em vários serviços de saúde, o que reflete na qualidade da assistência. Entretanto há fatores que desencadeiam ações estressantes: falta de material

adequado, a insuficiência de pessoal apto para as atividades ligadas à saúde e a desvalorização financeira (APPOLINÁRIO, 2008).

O incremento de novo modelo gerencial em nome da produtividade, além de novas fórmulas de avaliações têm gerado as tensões desse ambiente e as mesmas sobrepõem às tensões inerentes ao ritmo do trabalho. Com isso, evidenciam-se os transtornos, tanto físicos oriundos das patologias psicossomáticas, quanto pelos transtornos mentais. O trabalho pode ser fonte de adoecimento quando, por exemplo, contém fatores de risco para a saúde e o trabalhador não dispõe de estratégias para se proteger destes riscos.

Tal situação é capaz de levar ao stress ocupacional, definido como o estado emocional causado por uma discrepância entre o grau de exigência do trabalho e recursos disponíveis para gerenciá-lo. É produto da relação entre o indivíduo e seu ambiente, sendo que quando as exigências deste ultrapassam a habilidade do trabalhador para enfrentá-las podem acarretar um desgaste excessivo para o organismo, interferindo também na sua produtividade (SADIR, 2010).

De tal modo, nesta situação em que o exercício de poder é desigual, os indivíduos podem apresentar alienação, baixa motivação e conseqüente passividade e pouca iniciativa no trabalho, o que significa situações de conflitos latentes (PRATES, 1997).

QTA 03: Percebo que a figura do chefe autoritário se faz presente com mais veemência no meio em que trabalho e está muito longe da realidade de um clima organizacional favorável ao processo de gestão democrática.

QTA 92: As relações hierárquicas podem ser saudáveis quando estimula as partes e desenvolve o trabalho de acordo com os significados. De outra forma, estas relações se tornam doentias, servindo apenas os interesses individuais, seja da chefia com seu poder hierárquico sobre o subordinado, seja do trabalhador que também pode manipular as relações.

QTA105: As relações hierárquicas necessitam de melhorias na comunicação, nos processos de trabalho, melhorias na infraestrutura, até definição de fluxos e rotinas.

QTA115: Pois em decorrência das desigualdades, ordens de trabalho e organização do ambiente de trabalho irão afetar diretamente o cotidiano do trabalhador.

Identifica-se nas relações hierárquicas a necessidade de espaços de diálogo e comunicação nos processos de trabalho.

Freire (2003) destaca a noção de carga e risco como demanda do processo de trabalho e cita Brito (1991), autora que faz a referida distinção. Freire se embasa também em Laurell e Noriega (1989) para discorrer sobre a noção de carga. Estes autores consideram os seguintes tipos de cargas: física, química, biológica e mecânica, assim como cargas dos tipos fisiológico e psíquico. Freire considera incompleta esta tipologia e propõe o acréscimo de mais um tipo de carga: a carga social, que se revela sob todas as formas de violência simbólica e implica nas relações sociopolíticas dos sujeitos, face à realidade do processo de trabalho. É apresentada uma combinação de cargas que afeta o indivíduo, determinada pela lógica global do processo de trabalho. O trabalhador, por não poder mudar esse quadro, se vê afetado pela carga social.

A carga social é produzida e reproduzida no próprio processo de trabalho, apresentando-se em situações tais como desigualdade, autoritarismo, privação de poder de enfrentamento direto, coerção, chantagem e outras decorrentes da posição social na divisão, processo e organização do trabalho, incluindo-se as questões de gênero, idade e etnia.

As atividades dos profissionais de saúde são fortemente tensiógenas, devido às prolongadas jornadas de trabalho, ao número limitado de profissionais e ao desgaste psicoemocional nas tarefas realizadas em ambiente hospitalar (GUIMARAES, 1999).

A relação trabalhador/trabalho gera descontentamentos e sofrimentos capazes de repercutir simultaneamente nas relações entre os próprios trabalhadores. O sofrimento patogênico no trabalho, pelas relações que se estabelecem e pelos próprios modelos gerenciais que se apresentam, acontece quando as pessoas estão diante de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo ou o sentimento de impotência, que as conduzem à descompensação mental ou psicossomática e à doença (DEJOURS, 1994).

QTA90: Percebo que as relações são apenas de cobrança. Não se pensa em uma qualidade de vida no trabalho para o servidor.

QTA 29: Gestão autocrática, sempre atendendo aos interesses somente agora da EBSEH.

QTA 30: Grande assédio moral por parte da Gestão.

QTA 55: Acho que tem muito assédio na relação trabalhador e chefia.

QTA95: Modelo retrógrado de Gestão. Falta conhecimento para gerir a coisa pública. Tal é a crise brasileira na política econômica, saúde e gestão administrativa em todas as esferas.

QTA 122: São relações verticais, sem debates das condições de trabalho e vivência.

QTA-124: Às vezes muita pressão, assédio moral causando muito stress e desmotivação.

QTA-127: Relacionamentos com a chefia anterior, com agressões verbais, intimidação, assédio moral.

Sabe-se que o sofrimento e a opressão são fenômenos antigos no mundo do trabalho, porém a categoria assédio moral passou a ser estudada mais recentemente. Problematizar esta questão torna-se relevante, pois o assédio moral provoca adoecimento físico e mental dos (as) trabalhadores (as) por acirrar a superexploração promovida pelo capital e incrementada pelo neoliberalismo, que fragilizou os direitos conquistados pela classe trabalhadora com os processos de sucateamento dos sistemas de proteção social, terceirização da força de trabalho, responsabilização dos indivíduos pelas suas carências, desresponsabilização do Estado perante os direitos de cidadania, privatização das estatais rentáveis, entre outros (SILVA, 2015).

O assédio moral no ambiente organizacional se apresenta de forma variada, podendo ter como consequências sobre os trabalhadores desde acidentes físicos a sofrimentos psíquicos. Assediados podem apresentar desânimo, cansaço, ansiedade, estresse, tendência suicida, insegurança, vergonha e hipersensibilidade. Para as organizações, o assédio pode causar baixa produtividade, diminuição de benefícios, maiores custos de seleção e formação de pessoal substituto; para o governo, acarreta gastos com a saúde do trabalhador (OIT, 2000).

A violência moral ficará entranhada na subjetividade do trabalhador, afirma Silva (2015). Portanto, aquele trabalhador que não consegue acompanhar o ritmo de trabalho imposto pelas empresas e organizações, que não atinge as metas estabelecidas, que não apresenta a produtividade requerida, que não corresponde aos objetivos a serem atingidos pelas empresas e organizações, passa a ser considerado “inadaptado”, “disfuncional”. Esse processo de culpabilização do trabalhador fragiliza as relações de trabalho e gera um processo de patologização. Com grande probabilidade, o trabalhador atingido pela violência moral acaba adoecendo, já que há um comprometimento de sua saúde física e mental, provocando o aparecimento de doenças e/ou fazendo reemergir doenças preexistentes. No serviço público, pode acabar ocorrendo a transferência do

trabalhador para outro posto de trabalho, além de ameaças de processo administrativo objetivando a demissão do funcionário.

A PNH propõe como forma de humanizar o trabalho em saúde a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional (BRASIL, 2006c, p. 20).

Nas narrativas dos servidores há uma associação entre o alto nível de estresse imposto pelo trabalho e agravos no estado de saúde dos servidores técnico-administrativos. Observa-se no modelo gerencial em curso um distanciamento entre gestores e servidores. Notadamente após o modelo gerencial adotado a partir da adesão à gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) as relações estabelecidas entre os gestores e os trabalhadores tem evidenciado que a posição ocupada de chefia tem caminhado para a hierarquia coercitiva, com indicativo de assédio tanto horizontal como assédio vertical.

Neste estudo pode-se inferir que as características do cotidiano dos profissionais e as relações estabelecidas entre os gestores e servidores do HC/UFG, são causadoras de processo de adoecimento nos servidores técnico-administrativos.

Conforme dados da pesquisa sobre Duplo Vínculo, 56 % dos profissionais da área de saúde hospitalar referiram possuir outro vínculo empregatício ou duplo vínculo.

Com relação ao Adicional por Plantão Hospitalar (APH), os dados da pesquisa indicaram que 62% dos servidores técnicos participantes da pesquisa fizeram a modalidade de hora extra denominada Adicional por Plantão Hospitalar (APH), com variações de 12 a 24 horas semanais.

Verificou-se ainda, que 89,13% dos servidores pesquisados percebem adicional de insalubridade ou periculosidade que variam de grau médio a grau máximo, embora na percepção dos servidores, o ambiente é insalubre em todo o conglomerado hospitalar.

Longas horas laborais parecem propiciar efeitos nocivos sobre saúde aumentando possibilidades de acidentes de trabalho, lesões musculoesqueléticas, fadiga, sintomas psicológicos e fatores de riscos cardiovasculares.

Trabalhadores de saúde em geral com duplo emprego estavam mais sujeitos ao estresse. A condição de ser da saúde e mulher, agregando atividades no lar, favorece ainda mais o estresse. As cargas psíquicas foram as mais identificadas

levando à tensão e mantendo-os em estado de atenção constante na execução das tarefas, situação gerada pelo ritmo intenso do trabalho (ROBAZZI *et al.*, 2012).

O Adicional por Plantão Hospitalar (APH) é devido aos servidores técnico-administrativos em efetivo exercício de atividades hospitalares desempenhadas em regime de plantão nas áreas indispensáveis ao funcionamento ininterrupto dos hospitais universitários. O plantão hospitalar é aquele em que o servidor técnico-administrativo estiver no exercício das atividades hospitalares, além da carga horária semanal de trabalho do seu cargo efetivo durante doze horas ininterruptas ou mais. Cada plantão terá duração mínima de doze horas ininterruptas. As atividades de plantão não poderão superar vinte e quatro horas por semana. O técnico-administrativo deverá cumprir a jornada diária de trabalho a que estiver sujeito em razão do cargo de provimento efetivo que ocupa, independentemente da prestação de serviços de plantão.

O APH passou a vigorar a partir de outubro de 2009. A Diretoria de Enfermagem da instituição reuniu-se com as gerências de Enfermagem para estabelecer o funcionamento dos APHs, definindo que aquele trabalhador que apresentasse absenteísmo não poderia ser escalado para tal plantão. Essa prática se estendeu às demais diretorias.

O APH influenciou o absenteísmo no hospital estudado de três maneiras diferentes: no primeiro momento diminuindo o índice de absenteísmo (2º período - nov./2009 - out./2010). Uma hipótese para justificar esse dado seria a instituição do APH. Como se trata de um plantão bem remunerado, o APH representa uma vantagem financeira significativa aos servidores técnico-administrativos. Contudo, no segundo momento (3º período, 2010-2011) o APH contribuiu para o aumento do índice de absenteísmo, o número de atestados médicos voltaram a subir e no 4º período (2011-2012) ultrapassou o parâmetro proposto pela Resolução n.293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem (MARQUES, 2014).

Dessa pesquisa em foco, podemos apreender que os profissionais começaram a fazer hora extra (APH) em demasia, em função da boa remuneração deste plantão, e com a exigência de ao se tirar licença médica, perderia o APH, o servidor técnico-administrativo começou a adoecer pelo excesso de carga horária no decorrer do programa (terceiro e quarto períodos).

Trabalhar excessivamente, além da capacidade de resistência e de recuperação, cita Robazzi *et al.* (2012), pode ser perigoso para os que ignoram os

sinais, evidenciando necessidades de descanso e lazer. Caso envolvam-se tanto com o trabalho que sua jornada não apresente limite de horário, podem ultrapassar a capacidade de recuperação, favorecendo adoecimentos. O tratamento depende do diagnóstico e extensão da doença; a pessoa deve ser reeducada para que consiga desenvolver adequadamente suas necessidades físicas e emocionais.

Trabalhadores da saúde costumam apresentar relatos de agravos à sua própria saúde. Angústias, perda de sono, aumento e/ou diminuição de peso corporal, dores e problemas distintos são usualmente verbalizados, com possibilidades de serem resultantes do trabalho ou seu excesso.

Salienta-se que os trabalhadores de saúde da área hospitalar estão submetidos a rodízios por turnos, para cobrirem plantões de 24 horas, de finais de semanas e feriados, fator que prejudica o convívio social e contribui para o surgimento de distúrbios psicossomáticos (KARINO, *et al.*, 2015).

O ambiente de trabalho hospitalar tem sido considerado insalubre, pelas enfermidades infectocontagiosas e riscos de acidentes. Os trabalhadores devem ser instituídos para prevenir acidentes. Esses métodos podem ser usados para riscos ambientais, incluindo a substituição do agente de risco, controles de engenharia, práticas de trabalho, equipamentos de proteção individual, controles administrativos e programas de exames médicos (NISHIDE, 2004, p. 2).

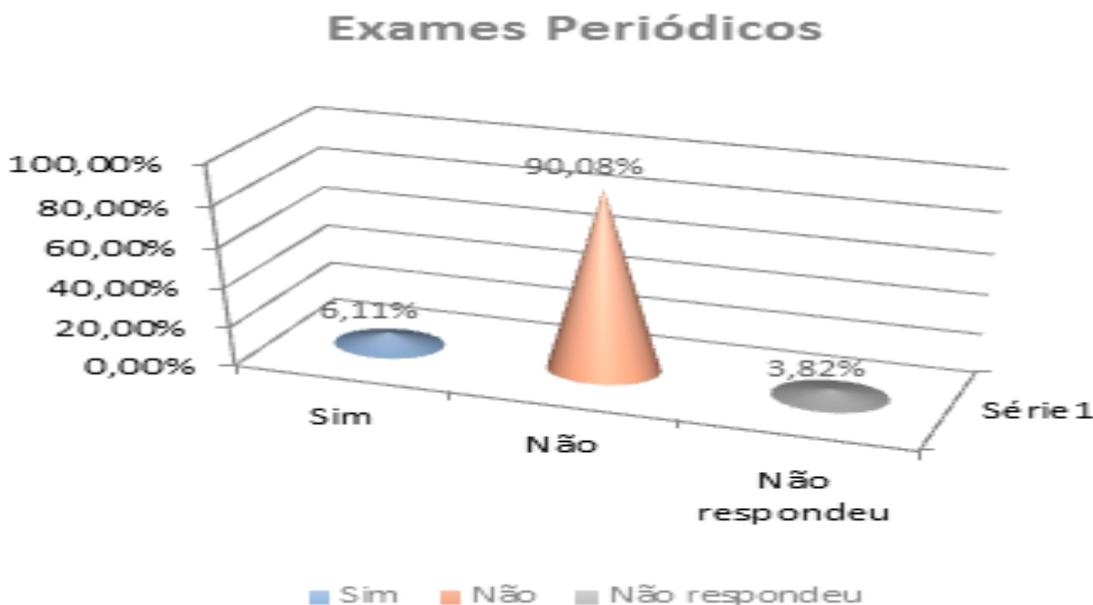
Consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes no ambiente de trabalho, que, dependendo da sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição são capazes de causar danos à saúde dos trabalhadores e riscos ocupacionais, ou seja, todas as situações de trabalho que podem romper o equilíbrio físico, mental e social das pessoas, e não somente as situações que originem acidentes e enfermidades (NISHIDE, 2004).

Uma importante ferramenta que ainda não foi implantada no HC/UFG é a Comissão Interna de Saúde do Servidor Público (CIPSS), que tem o objetivo de propor ações de melhoria das condições de trabalho, prevenção de acidentes, de agravos à saúde e propor atividades para a melhoria no gerenciamento da saúde e segurança e no processo de trabalho e situações de riscos nos ambientes relacionados à segurança individual e coletiva.

Os dados da pesquisa quantitativa empírica e os elementos da pesquisa bibliográfica permitem aferir que as variáveis, duplo vínculo significativo, hora extra denominada APH em demasia, em um ambiente insalubre influenciam e/ou

interferem no processo de adoecimento dos servidores técnico-administrativos do HC/UFG.

Gráfico 7 - Exames Periódicos dos Servidores Técnico-Administrativos



Nota: Dados da pesquisa – Goiânia – nov./2015 a fev./2016.

Como se observa no Gráfico 7, quanto ao questionamento da realização de exame periódico nos últimos dois anos, mais de 90% dos servidores técnico-administrativos relataram não realizar exames periódicos.

Somente os técnico-administrativos recém-admitidos fizeram o exame admissional e os técnicos de radiologia fizeram exames periódicos, por força de exigências da legislação específica dos mesmos.

Os exames médicos periódicos são obrigatórios para os servidores públicos com a Lei 11.907/09 por meio do Decreto 6.856/2009, porém a Universidade Federal de Goiás tem sistematicamente negligenciado o cumprimento da legislação em vigor, não compreendendo a importância, ou não percebendo a relevância da realização dos mesmos.

A não realização de exames periódicos tem trazido prejuízos à saúde dos servidores, conforme evidenciam categoricamente os dados.

Segundo Karino *et al.* (2015) a realização dos exames periódicos poderia representar um grande avanço para a saúde ocupacional de trabalhadores

estatutários e acena com a perspectiva de resolução e/ou minimização dos muitos agravos comuns a esta população trabalhadora.

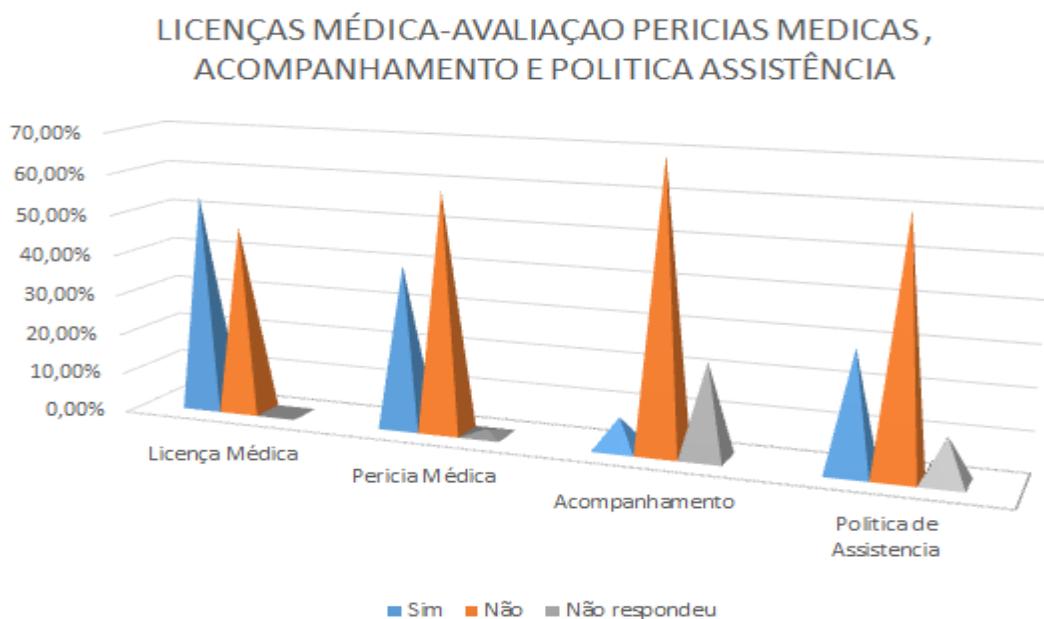
A realização dos exames médicos periódicos se justifica pela necessidade de se acompanhar o estado de saúde dos servidores, a fim de detectar precocemente o surgimento de doenças relacionadas ao trabalho ou não, bem como promover a saúde dos mesmos. O exame médico periódico é uma ação preventiva, que busca preservar a saúde e a qualidade de vida do servidor, por meio dos exames clínicos e avaliações laboratoriais.

Além disso, a prática dos exames periódicos faz parte da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal. Os exames médicos periódicos fazem parte do programa da área de gestão de pessoas e buscam avaliar o estado de saúde do servidor, visando identificar possíveis alterações em função dos riscos existentes no ambiente de trabalho e de agravos à saúde relacionados com a atividade laborativa e/ou com o ambiente de trabalho, bem como possibilitar a adoção de medidas de prevenção, vigilância aos ambientes de trabalho e promoção à saúde.

Em relação aos exames periódicos, pode-se afirmar que constitui no indicador mais visível da ausência e/ou insuficiência de implementação da Política de Atenção à Saúde do Servidor Federal. A sua ausência e/ou insuficiência representa a negação da perspectiva de resolução e/ou minimização dos muitos agravos, pois é uma ação preventiva, que busca preservar a saúde e a qualidade de vida do servidor e o mais importante, permite a elaboração do perfil epidemiológico do servidor técnico-administrativo do HC/UFG.

Esses dados da pesquisa quantitativa permitem inferir que a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal no contexto do HC/UFG está negligenciando essa política, sugerindo prognóstico preocupante da relação doença/trabalho dos servidores técnico-administrativos.

Gráfico 8- Licenças Médicas, Avaliação de Perícias Médicas e Acompanhamento Terapêutico dos Servidores Técnico-Administrativos



Nota: Dados da pesquisa – Goiânia – nov.2015 a fev./2016.

Na pesquisa quantitativa sobre Licenças Médicas dos servidores técnico-administrativos, 53,44% da população pesquisada referiu licença médica por adoecimento. Nessa população pesquisada que referiu licença médica por adoecimento, 81,4% eram do sexo feminino e 18,6% do sexo masculino.

Na pesquisa quantitativa acerca do grau de avaliação dos servidores técnico-administrativos com perícia médica, 40,0% referiram estarem satisfeitos com esse serviço e 58,57% estavam insatisfeitos com o mesmo.

Da mesma forma, nesta pesquisa quantitativa sobre acompanhamento terapêutico nos adoecimentos ou agravos, a imensa maioria de 90,08% declararam insatisfação com a ausência dessa modalidade de serviço.

Por fim, na avaliação quantitativa acerca do plano de assistência ou plano de saúde dispensado aos servidores técnico-administrativos, 29% afirmaram satisfação e 60% insatisfação.

Cita Laus e Anselmi (2008), que as taxas de absenteísmo elevadas provocam desequilíbrio no quantitativo de pessoal, uma vez que podem aumentar a carga de trabalho, gerando desgaste nos trabalhadores que estão em atividade e,

consequentemente, ampliar o número de afastamentos, com prejuízos significativos à clientela atendida.

Buscando mensurar o percentual de servidores técnico-administrativos que se afastavam do trabalho para tratamento de saúde na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), realizou-se um levantamento de dados que apontou o Hospital Universitário (HU) como o local com maior índice de adoecimento de servidores técnico-administrativos. Os dados levantados indicam o afastamento por motivo de doença de 649 servidores do HU durante o período da pesquisa foi de 51% (SILVEIRA; GRISOTTI, 2011).

Os hospitais têm sido citados como o grande vilão no aumento das licenças médicas por adoecimento, visto que as sobrecargas tensionais dos trabalhadores dessa área acabam influenciando diretamente nesses adoecimentos, os acidentes hospitalares engrossam essas estatísticas.

Os trabalhadores no ambiente hospitalar estão sujeitos a condições inadequadas de trabalho, provocando agravos à saúde, que podem ser de natureza física ou psicológica, gerando transtornos alimentares, de sono, de eliminação, fadiga, agravos nos sistemas corporais, diminuição do estado de alerta, estresse, desorganização no meio familiar e neuroses, fatos que, muitas vezes, levam a acidentes de trabalho e licenças para tratamento de saúde (ALVES, 2006).

Na categoria Enfermagem, dos profissionais que tiveram licença no período, 89% eram do sexo feminino e 11% masculino. Entre somente os enfermeiros (as), 85% feminino e 15% masculino; entre os técnicos (as) de enfermagem 94% e 6% respectivamente. Com relação licença médica/faixa etária, 69% da categoria Enfermagem tinham entre 41 e 60 anos, somente entre os Enfermeiros esse índice foi de 77% nessa faixa etária.

A Enfermagem é responsável pelo maior contingente da força de trabalho dos estabelecimentos hospitalares, com responsabilidade pela assistência e gestão nas 24 horas. É o conjunto de trabalhadores que mais sofre com a inadequada condição de trabalho e com a insalubridade do ambiente (MONTES *et al.* , 2009).

O sexo feminino tem apresentado números mais elevados de absenteísmo em vários estudos, inclusive no segmento hospitalar. As explicações estariam na dupla jornada de trabalho, ou seja, a mulher ao sair para trabalhar não divide, em iguais condições com os homens, as tarefas da casa. A presença de crianças em casa também favorece o absenteísmo por doença. A precarização do trabalho levou

também à busca de mais de um emprego ou extensão de jornada na própria instituição. Sabe-se, ainda, que a mulher tende a buscar mais os serviços de saúde que os homens. Ademais, as mulheres são submetidas às mesmas cargas de trabalho dos homens, desconsiderando-se suas diferenças físicas e hormonais (PRIMO *et al.*, 2010).

Primo *et al.* (2010) relata que a taxa de absenteísmo é maior nos trabalhadores mais velhos. Deduz-se que os trabalhadores com menos de 30 anos apresentam menor taxa de severidade (média de duração de licenças), concentrando-se nos afastamentos de curta duração. Os trabalhadores mais velhos apresentam maior variabilidade no tempo de afastamento, ou seja, ausentam-se tanto por curto quanto por longo tempo. São também susceptíveis aos fatores de organização do trabalho, mas também adoecem mais, em função dos anos de trabalho e da própria idade.

Da mesma forma, foram os profissionais com maior grau de instrução que referiram possuir outro vínculo e os servidores com pós-graduação, juntamente com os que possuem o terceiro grau que se afastaram mais. Especificamente entre os Pós-graduados com Mestrado ou Doutorado, o número dos que se afastaram chegou a 62%.

A distribuição de licenças médicas possibilitou o cálculo do índice de razão prevalente na qual a categoria profissional de Enfermagem se destacou com aproximadamente 65% dos afastamentos.

Em recente pesquisa no mesmo hospital, relata Marques (2014), de 602 pesquisados, 435 (72%) trabalhadores da equipe de Enfermagem que fizeram uso de atestado médico, 92,9% eram do sexo feminino, 7,1% do sexo masculino; a faixa etária em que se concentrou o maior número de trabalhadores foi de 41 a 50 anos, com 35,9%. Este estudo mostra a predominância do sexo feminino no absenteísmo com 92,9% dos casos, o que se justifica pelo perfil do trabalhador de Enfermagem ser formado predominantemente por mulheres.

Para analisar o processo de implementação de políticas, faz-se necessário trabalhar com a dimensão da distância entre o discurso e as práticas, buscando compreender o modo de inserção destas últimas na conjuntura dos contextos sociais, considerando os fatores políticos, econômicos e ideológicos nos quais se insere (ANDRADE, 2009).

Na avaliação qualitativa sobre a PASS, na avaliação da perícia médica, acompanhamento terapêutico dos servidores e política de assistência os servidores que responderam que a Perícia médica não era satisfatória tiveram o complemento do por quê:

QTA4: Porque objetivamente não são regulamentadas/implantadas as ações preconizadas. Até o momento as ações se restringem, até onde é do meu conhecimento, a admissão (admissional).

QTA 20: O SIASS só registra o atestado, não faz acompanhamento dos agravos à saúde, não acompanha ou solicita exames periódicos.

QTA 55: A política de acesso é muito difícil, só recebe o atestado e deixa as outras questões a desejar, faltam exames periódicos e consulta preventiva. Tem muito a ser mudado para melhor atendimento ao servidor.

QTA 95: O conhecimento a que temos até o momento, incluindo a percepção de colegas próximos é que o SIASS-GO ainda não contempla a proposta de exercer política de atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Federal. Restringindo-se ao recebimento e acatamento de atestados médicos.

QTA 46: A Perícia não tem médicos suficientes, nem mesmo para realizar as perícias médicas veja lá para o trabalho preventivo ou reabilitador. Não temos plano de saúde e a ajuda que recebemos não cobre o custo de nenhum plano de saúde.

Na Administração Pública, a preocupação com os custos gerados pelo absenteísmo-doença supera a significação do processo adoecimento-afastamento do trabalho, dando ênfase às políticas de controle de benefícios. Emerge a necessidade de visualizar as cifras do absenteísmo, na sua representatividade maior, de pessoas que estão adoecendo de forma alarmante, desprovidas de políticas de saúde. Nesse sentido, o desconhecimento das condições de trabalho, a falta de dados epidemiológicos, o não-compartilhamento de experiências de intervenção, dentre outros aspectos, traduzem-se em uma carência de informações que produz entraves à PASS e ao planejamento de ações.

Outro aspecto relevante é que as questões relativas à saúde dos servidores só se tornam prioridades quando o adoecimento ocasiona ausência ao trabalho. Observa-se que os afastamentos em razão de adoecimento, raramente caracterizados como doenças relacionadas ao trabalho, representam números preocupantes (BIZARRIA *et al.*, 2014).

Nas atribuições do Comitê Gestor que aprova as diretrizes está pautar ações visando “reduzir o tempo de ausência do servidor do seu ambiente de trabalho” (BRASIL, 2009b, Art. 4º, § 2º).

Pode-se concluir que a preocupação do MPOG é meramente com o retorno do servidor ao trabalho e não com a sua saúde, numa concepção atrasada de Medicina do Trabalho e não de Saúde do Trabalhador.

A perícia médica do SIASS/UFG no contexto da pesquisa atuou somente como junta médica, preenchendo o protocolo proposto pelo MPOG. Inferiram-se pelos dados e narrativas que a perícia médica nesse estudo não ousou avançar para uma atuação de saúde do trabalhador.

Relatos dos servidores que tiveram afastamento por licença médica, quando questionados se houve acompanhamento terapêutico ou psicossocial nos adoecimentos ou agravos:

QTA: 115 Não há um programa de acompanhamento do servidor que é afastado do trabalho por problemas de saúde, nem do SIASS, tampouco do HC.

QTA13: Dificuldade em fazer o acompanhamento satisfatório ao funcionário doente, consultas ou perícias, principalmente que é a única das atividades levada pelo SIASS, mas de forma precária. O HC poderia disponibilizar ambulatório para os seus servidores.

QTA 53: o servidor não recebe visita domiciliar e as perícias no local SIASS são muito espaçadas. A medicina do trabalho não toma ciência do caso do servidor.

QTA127: Tenho acompanhamento de psicologia e psiquiatria pelo Saudavelmente. Recebi as orientações adequadas do SIASS no momento preciso, para minha readaptação. Falta o nosso local de trabalho também (HC).

As narrativas vieram comprovar os dados dos questionários, quando mais de 90,0% dos pesquisados relatam insatisfação por não terem esse módulo importante de ação de promoção à saúde.

Observou-se nas narrativas dos servidores um descontentamento generalizado com a política de saúde implementada no HC/UFG, instituição de saúde onde trabalhavam por não possuir um ambulatório de saúde do trabalhador e não prover o cuidado a seus servidores técnico-administrativos, que cuidam da saúde de outros. Os relatos ressaltam a falta de atenção e cuidados com a saúde dos servidores técnico-administrativos que sofrem, que envelhecem, que adoecem, que cuidam dos outros e a necessidade de reconhecimento enquanto indivíduo que está por trás da instituição pública, sem contudo serem cuidados.

A UFG, através do Programa Saudavelmente prestava assistência diversificada aos seus usuários que eram compostas pelos servidores técnico-

administrativos e docentes. O atendimento do Programa apresentava as seguintes modalidades: Acolhimento; Atendimento Médico Psiquiátrico; Atendimento Social; Visita Domiciliar; Psicoterapia Individual; Terapias de Grupo nas abordagens: psicodrama, comportamental, cognitiva, musicoterapia e arte terapia; Grupo de Ajuda Recíproca para dependentes químicos; Oficinas de Arte terapia e Relaxamento; Atendimento em Terapia Familiar; Articulação com chefias e familiares para acompanhamento durante o processo de tratamento (UFG, 2003).

Segundo Pereira (2003) o fato de a instituição ter oferecido aos trabalhadores a oportunidade de um acompanhamento interdisciplinar favoreceu a evolução dos casos, permitindo remanejamento de serviço, tratamento médico e psicológico adequado e suporte do serviço social.

Contudo, com a criação do SIASS/UFG, o programa Saudavelmente passa por uma fase de transição, onde rompe com agendamento de novos servidores, que seriam acolhidos pelo SIASS/UFG.

Quando questionados sobre a política de assistência (plano de saúde), os servidores que responderam não, complementaram por que:

QTA 01: Na minha concepção poderia haver um repasse financeiro maior para o servidor para o custeio do plano de saúde.

QTA 90: O governo deveria subsidiar uma parcela maior do plano de saúde. Já pagamos muitos impostos e levaríamos um retorno do governo.

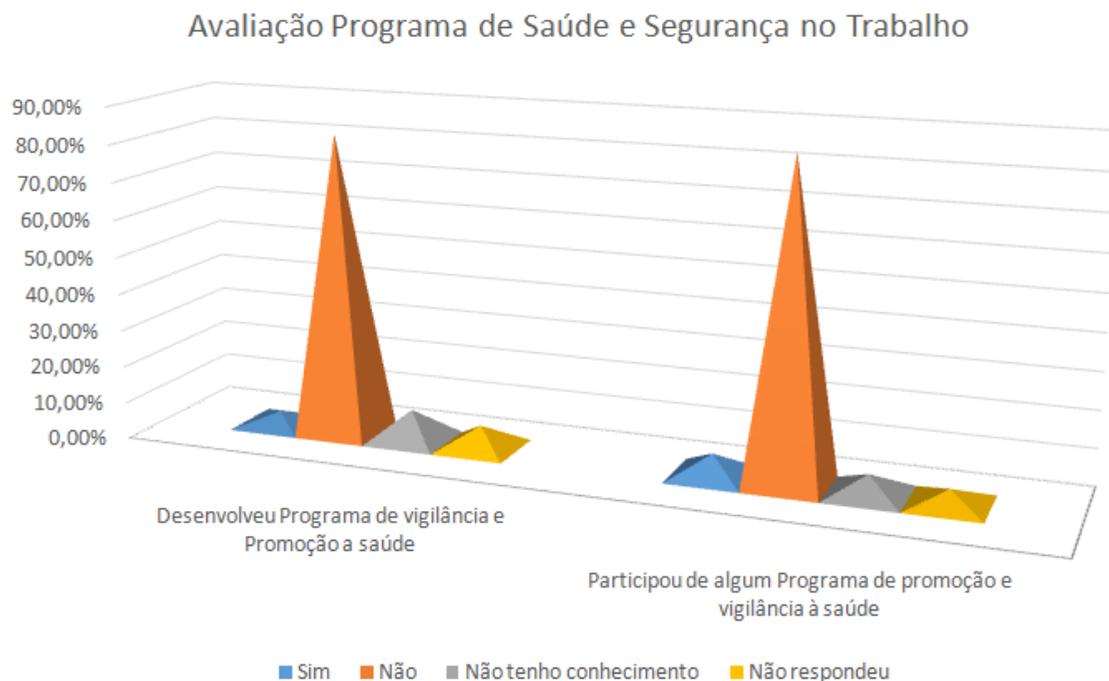
QTA 68: Porque é um plano de saúde que nem temos profissionais se credenciaram a ele. Mas o pior de tudo é trabalhar em uma instituição de saúde pública e quando o servidor precisa de tratamento tem que ficar mendigando assistência à saúde.

Tendo como um dos objetivos específicos a avaliação da implantação de políticas de promoção e assistência à saúde, pode-se afirmar que Licenças Médicas, Perícias Médicas, Acompanhamento terapêutico e Política de Assistência no contexto do HC/UFG refletem a ausência e/ou insuficiência da PASS.

As narrativas e opiniões dos pesquisados vem corroborar as evidências de percepção de irrelevância que é ofertada à PASS para os servidores técnico-administrativos do HC/UFG.

Pode-se apontar que a avaliação de efetividade objetiva e subjetiva feita pelos indicadores acima comprova que a Política de Atenção à Saúde no contexto do HC/UFG é insatisfatória.

Gráfico 9- Avaliação do Programa de Promoção e Vigilância à Saúde e Programa de Prevenção e Segurança de ambientes



Nota: Dados da pesquisa – Goiânia – nov./2015 a fev./2016

Na avaliação quantitativa os servidores técnico-administrativos do HC/UFG quando questionados acerca do desenvolvimento de Programa de Vigilância e Promoção à Saúde do Servidor, em torno de 90% dos servidores técnico-administrativos responderam que o SIASS/UFG não desenvolveu ou desenvolve este Programa na unidade Hospital das Clínicas da UFG.

Da mesma forma, quando questionados acerca do desenvolvimento de Programa de Segurança e Prevenção dos Ambientes e Processos de Trabalho pelo SIASS/UFG, 92% responderam que não houve ou há implementação de Programa neste sentido.

Ainda, quando questionados sobre participação em algum programa de Promoção à Saúde, parcela inferior a 10% dos servidores técnico-administrativos refere participação. Declararam participação em Programa de Segurança e Prevenção parcela também inferior a 10%. O fato de imensa maioria dos servidores técnico-administrativos terem avaliação de que o SIASS/UFG não dispõe de uma política de Educação em Saúde vem corroborar a percepção da expectativa de não relevância da PASS com esses servidores.

A análise quantitativa dos dados referentes aos programas de implementação das políticas de promoção à saúde e à segurança no trabalho evidencia que a maioria dos servidores técnico-administrativos não se percebe conectada à implementação da política em questão e têm percepção da inexistência dessa política em desenvolvimento pelo SIASS UFG.

Constitui um grande desafio para o serviço público a realização de ações de promoção à saúde, de forma contínua e sistemática. O SIASS/UFG ainda não saiu dos gabinetes e ou da legislação teórica de boa qualidade para a prática de discutir e implementar conjuntamente os programas de promoção direcionados a prevenção e segurança dos trabalhadores servidores.

Quadros (2015) relata que o SIASS da Universidade Federal do Pará, com objetivo de promover a saúde dos servidores no ambiente de trabalho realizou-se através de ações contínuas, presenciais, de promoção à saúde, desenvolvidas pela Equipe Multiprofissional, para realização de orientação biopsicossocial, avaliação nutricional, fonoaudiológica, exame periódico; campanhas de prevenção ao câncer de mama, colo uterino, próstata e boca; combate ao tabagismo, álcool, outras drogas e campanhas de multivacinação.

Por meio das ações de promoção à saúde a Equipe Multiprofissional atendeu 12.567 servidores, pertencentes aos grupos de risco ou demanda espontânea, contribuindo para redução do índice de absenteísmo por doenças na UFPA em 16,45%, propiciando melhoria na qualidade de vida no ambiente de trabalho (QUADROS, 2015).

Na alternativa metodológica escolhida procurou-se privilegiar a participação e a percepção destes atores na implementação da política de promoção de vigilância à saúde e segurança no trabalho, bem como a relação saúde e trabalho. Realizou-se um aprofundamento da análise qualitativa através das opiniões dos técnico-administrativos e gestores sobre a efetividade da política de atenção à saúde do servidor público federal do HC/UFG, para melhor compreender as questões apuradas no questionário aos técnico-administrativos. Seguem as opiniões e narrativas dos pesquisados quando questionados sobre a implementação da PASS e o processo de adoecimento:

QTA 04: Oferecer uma política não integral refere-se a fragmentar a atenção e a gestão do atendimento ao servidor. Fica comprometido o

fortalecimento das ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde do servidor técnico-administrativo.

A ausência de política de promoção à saúde e segurança do trabalho representa a falta de definição e de ações concretas para a prevenção e controle das doenças/adoecimentos do servidor técnico-administrativo. Essa deficiência representa a falência da linha do cuidado integral à saúde do trabalhador, tendo como resposta o absenteísmo, a redução da força de trabalho, a sobrecarga dos demais trabalhadores, com repercussões na qualidade da assistência ao usuário.

É necessário interrogar se os trabalhadores de saúde estão em condições de garantir um atendimento, um cuidado orientado pela perspectiva política crítica da humanização. Tal preocupação se concretiza no fato de que, quase sempre, tais trabalhadores se encontram inseridos em processos de trabalho muito precários em decorrência de baixos salários, realização de dupla e, até mesmo, tripla jornada, sobrecarga de trabalho devido ao déficit ou insuficiência de pessoal e de recursos materiais em qualidade e quantidade, alta carga de estresse, em função da tensão provocada, seja pelas chefias superiores como pelos próprios usuários, sobre quem está na ponta do sistema (SOUZA; MOREIRA, 2008).

O trabalhador da saúde em área hospitalar executa seus trabalhos em situação de riscos que o leva ao estresse, e somado aos baixos salários, duplo vínculo empregatício, APH, tem como consequência o adoecimento.

O estresse que acomete o trabalhador da saúde é considerado pela OIT não somente um fenômeno isolado, mas “um risco ocupacional significativo da profissão”.

QTA04: Portanto se não estão presentes naquilo que minimamente poderia comportar, não há ações que inibam ou previnam as doenças. Assim, há uma chance grande do adoecimento e do agravamento até a incapacitação do servidor técnico-administrativo. Ficam ausentes as ações de promoção e proteção e a prevenção de agravos e do adoecimento, visto já que são coisas indissociáveis nas organizações prestadoras de serviço à saúde pública.

Além disso, o servidor técnico-administrativo fica sem o aparato legal e jurídico para sua situação em casos determinantes para o adoecimento ou mesmo na reparação do dano, pois fica sem a própria história no cenário de trabalho, com seus direitos negligenciados e burlados. Não há mapeamento que ajude a inferir e intervir no perfil de adoecimento, bem como possíveis riscos e perigos para a saúde do servidor técnico-administrativo.

A atenção à saúde do trabalhador exige a consideração dos impactos do trabalho sobre o processo saúde-doença e a prevenção deve ser ampliada de modo

a olhá-los como sujeitos a um adoecimento específico que exige estratégias também específicas, de promoção, proteção e recuperação da saúde (DIAS, 1994).

As ações de promoção da saúde na administração pública federal visam intervir no processo de adoecimento em seus aspectos individuais e em suas relações coletivas no ambiente de trabalho. As ações se destinam aos trabalhadores e abrangem propostas de mudanças na organização e no ambiente de trabalho, a busca ativa de doenças e a capacitação para a adoção de práticas que melhorem a qualidade de vida e trabalho (CARNEIRO, 2011).

O modo de se perceber a realidade e de se organizar os fatos a ela pertinentes tem implicações, embora nem sempre visíveis, tanto nas avaliações de riscos como nos aspectos das políticas públicas e de justiça social: quem se deve proteger de determinados riscos, a que custo e deixando de lado que alternativas (FREITAS, 2008).

QTA 8: Não tendo programas de promoção à saúde está aumentando o processo de adoecimento do servidor técnico-administrativo de forma substancial, uma vez que deixa de detectar precocemente possíveis fatores de vulnerabilidade para o adoecimento dos profissionais.

Deixa de oferecer ações de educação em saúde que poderiam minimizar riscos à saúde dos funcionários tanto no âmbito individual quanto no âmbito coletivo, as relações interpessoais e de relacionamentos envolvidos no ambiente de trabalho. Vejo ainda que é algo que pode causar extremo malefício aos trabalhadores e que deve ser mudado. Visto que certas ações poderiam promover melhora na qualidade de vida dos trabalhadores em vários prismas.

QTA 04: Em síntese, tem-se a condição de invisibilidade do trabalhador, do labor e das implicações individuais, coletivas e sociais e da qualidade de vida. A cultura de segurança e proteção como direito está por ser construída em sua essência. Isto demandará a conscientização e protagonismo do servidor técnico-administrativo nesse processo. Esta conquista está incipiente e precisa ser fortalecida e empoderada para que as ações previstas e desejadas concretizem naturalmente.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é definida em portaria do Ministério da Saúde como: uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com

a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los e controlá-los (BRASIL, 1998).

Segundo Carneiro (2014), consideram-se ações de saúde do trabalhador: medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde que visem à melhoria da qualidade de vida e trabalho, incluindo questões relacionadas ao ambiente e à organização do trabalho; direito à informação sobre os riscos e à participação dos trabalhadores nas ações de vigilância aos ambientes; assistência à saúde do trabalhador; identificação e notificação dos acidentes e das doenças relacionadas com o trabalho; formação e capacitação em saúde do trabalhador e políticas de informação para a construção do perfil epidemiológico de morbimortalidade dos trabalhadores.

A inexistência de sistema nacional que consolide informações sobre a saúde do trabalhador público inviabiliza conhecer o perfil epidemiológico dessa categoria, que congrega milhões de trabalhadores, fato que dificulta a elaboração de projetos de promoção humana de maior alcance. A dificuldade, entretanto, não se prende exclusivamente à falta de informações. O fato de haver um vácuo de responsabilização legal pelo não cumprimento da legislação de saúde e segurança do trabalho favorece um contínuo postergar no cumprimento de legislações trabalhistas para os servidores estatutários, como a realização de exames (CARNEIRO, 2014).

QTA 16: A implementação insuficiente da Política de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho pelo SIASS/UFG pode contribuir com o processo de adoecimento do servidor. Uma vez que a assistência à saúde como as ações de prevenção, detecção precoce e o tratamento de doenças, bem como a reabilitação da saúde do servidor não estão sendo conduzidas na medida necessária aos servidores e por consequente a instituição também fica prejudicada.

É clara em nossa instituição HC/UFG a quantidade de servidores doentes, afastados temporariamente, aposentados por doença e ou em readaptação de trabalho, isto nos leva a acreditar que algo vai mal e que é necessário cuidar do maior patrimônio de uma empresa que são os servidores. Diante do exposto, é urgente a mudança deste cenário da UFG, com a implementação da assistência à saúde bem como a promoção, prevenção e acompanhamento da saúde do servidor em todas as suas dimensões.

O trabalho é determinante na construção e desconstrução da saúde. Ele se torna nocivo quando a organização do trabalho constringe o trabalhador e reduz

suas possibilidades de construção da saúde, que é dependente das possibilidades que o trabalhador tem para evitar os riscos, atenuá-los ou eliminá-los durante a realização de suas tarefas (MENDES, 2003).

A PASS tem o objetivo de 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 e ainda de assistência à saúde: ações que visem prevenção, a detecção precoce e o tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor, compreendendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do servidor público civil federal (BRASIL, 2009a).

As diretrizes destinam-se a subsidiar políticas e projetos de promoção da saúde e de qualidade de vida no trabalho. A concepção que fundamenta estas diretrizes prioriza ações voltadas à educação em saúde, à prevenção dos riscos, agravos e danos à saúde do servidor, ao estímulo dos fatores de proteção da saúde e ao controle de determinadas doenças (BRASIL, 2013).

Acerca do questionamento especificamente sobre desenvolvimento de programa de vigilância e promoção à saúde e de programa de segurança e prevenção dos ambientes e processos de trabalho, os servidores expressaram:

QTA8: Na promoção de ambientes de trabalho mais seguro. Na prevenção de doenças e mesmo na detecção precoce das mesmas e assim o tratamento é eficaz. Reabilitação de servidores. Melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores por meio de atividades de educação em saúde que promovam atividades de orientação.

QTA16: O programa de vigilância e promoção à saúde e segurança e prevenção dos ambientes de trabalho representam o desejo dos servidores técnico-administrativos em ter melhores condições de trabalho em todos os aspectos. É algo novo e necessário na nossa instituição, uma vez que estes programas podem influenciar na saúde, qualidade de vida, no bem estar e na redução de riscos inerentes ao trabalho. Esta proposta contida nos programas poderão transformar o cenário atual de adoecimento do servidor técnico-administrativo.

A Vigilância em Saúde Ambiental, de constituição recente, é definida em documentos do Ministério da Saúde como: um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade

de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde (BRASIL, 2005).

Na discussão do modelo de vigilância ambiental, Barcellos e Quitério (2006) referem que o modelo conceitual da vigilância das situações de risco é baseado no entendimento de que as questões pertinentes às relações entre saúde e ambiente são integrantes de sistemas complexos, exigindo abordagens e articulações interdisciplinares e transdisciplinares, palavras de ordem da promoção da saúde.

A Comissão Interna de Saúde do Servidor Público (CIPSS), instrumento da PASS através da portaria nº 3 de 7/5/2010, contribui para uma gestão compartilhada que tem objetivo de propor ações no âmbito da vigilância em saúde ambiental, ainda não foi discutida e implantada no HC/UFG. Cumpre importante papel na discussão da “monetização do risco”, dos adicionais de insalubridade, paga-se o “risco”, mas não implementa medidas necessárias para minimização, controle ou eliminação dos riscos ambientais.

QTA 83: Presenciamos ao longo dos anos o adoecimento de colegas marcados pela falta de condição de trabalho (ausência de ambiente adequado, falta de sala para atender o usuário, entre outros). A ausência de desenvolvimento do Programa de Vigilância e Promoção à Saúde e do Programa de Segurança e Prevenção do Ambiente e Processos de Trabalho, reflete o processo de adoecimento do trabalhador e por consequência no desempenho da Instituição e qualidade de atendimento do usuário, formando assim um ciclo semiótico de causa e efeito.

QTA 90: Sem a implementação de política de atenção à saúde aumentam o índice de absenteísmo, que por sua vez sobrecarrega as colegas de trabalho, desmotivação no Trabalho. Aumentando os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e a insatisfação geral, levando ao stress.

Também se houvesse uma preocupação com a melhoria da qualidade de vida no trabalho, com maior conforto no ambiente para o servidor seria um estímulo para o mesmo.

QTA 01: O ambiente hospitalar por si só pode ser estressante por vários fatores: pacientes críticos, recursos humanos e materiais deficientes, etc., aliados a dupla e até mesmo tripla jornada de trabalho de alguns servidores. Acredito que um programa efetivo de vigilância e promoção à saúde do trabalhador pode favorecer uma melhor forma de lidar com o sofrimento relacionado ao trabalho. Espera-se que ações e programas na prática do nosso dia a dia que venham atender o objetivo do SIASS. A deficiência neste serviço pode favorecer o processo de adoecimento do servidor técnico-administrativo do HC/UFG.

As doenças resultam da inserção do trabalhador em processo de trabalho e de sua inserção social. Em relação aos trabalhadores, há de se considerar os diversos riscos ambientais e organizacionais aos quais estão expostos, em função de sua inserção nos processos de trabalho (BRASIL, 2001).

O terceiro eixo discursivo Política Nacional de Humanização traz a tese de humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador, inclusive, como expectativa que esse processo de humanização se traduza como uma melhor qualidade da saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para profissionais (BRASIL, 2000). No caput da PNH considera-se que para tal tarefa é necessário cuidar dos próprios profissionais da área de saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis (BRASIL, 2000).

Para Mauro (2010) no meio ambiente laboral a vida do trabalhador sofre a influência do processo de trabalho em vários aspectos de ordem social, como organização do trabalho, distâncias da residência, constrangimentos do trânsito, inexistência de creches, responsabilidade exagerada do cargo, despersonalização das relações entre trabalhador e patrão, apreensão ante a possibilidade de demissão ou aproximação da aposentadoria, redução de gastos da empresa (situação econômica), provocando sensação de fadiga e aborrecimentos.

QTA 81: Penso que a falta da PASS contribui com o processo de adoecimento do servidor, pois não há suporte para o enfrentamento dos problemas apresentados, determinando um processo curativo em detrimento de um preventivo do adoecimento no trabalho. Vejo como falta de preocupação da instituição com o desenvolvimento o trabalho realizado pelo servidor, já que, adoecido sem suporte de um programa de Segurança e Prevenção se afasta das suas atividades sobrecarregando os demais trabalhadores, visto que, não há substituição do que está doente, ocasionando, posteriormente, o adoecimento coletivo.

QTA 92: Na minha visão sem a implementação da política de atenção à saúde e segurança no trabalho em "implantação" pelo SIASS/UFG com certeza traz processo de adoecimento no servidor técnico-administrativo. É uma falha na assistência e segurança do trabalhador a falta de programa de vigilância e promoção à saúde, segurança e prevenção nos ambientes e processos de trabalho.

QTA 70: Como não está sendo implantado a política de promoção à saúde, com certeza traz muito adoecimento ao servidor do HC, no próprio setor de trabalho com apenas 13 profissionais, já temos caso de depressão, 04 tomam antidepressivos. Um crescente número de servidores entrando de licença médica, prejudicando substancialmente o atendimento aos usuários do HC.

A promoção da saúde implica uma redefinição da saúde e seus objetos. Suas atividades, segundo Buss (2000), estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço (empowerment) da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

A saúde do trabalhador reflete no seu trabalho cotidiano e o trabalho influencia a sua saúde. Entre uma pessoa e seu ambiente de trabalho material, psicológico e social, existe uma interação permanente que pode influenciar positivamente ou negativamente na saúde dessa pessoa, uma vez que o bem-estar físico e mental do trabalhador interfere na sua produtividade (MARIN, 2000).

A definição das diretrizes gerais de promoção à saúde do servidor público federal tem por objetivos: o estímulo à oferta de ações de educação em saúde, de promoção da saúde, em diferentes níveis de prevenção, direcionadas ao bem-estar, à qualidade de vida e à redução da vulnerabilidade a riscos relacionados à saúde, aos seus determinantes e condicionantes; propiciar aos servidores ambientes de trabalho saudável, com o envolvimento destes e dos gestores no estabelecimento de um processo de melhoria contínua das condições e das relações no trabalho e da saúde, propiciando bem-estar das pessoas inseridas no contexto laboral (BRASIL, 2013).

Pelo exposto através das narrativas vivenciadas dos pesquisados, em contraste com as diretrizes da PASS, pode-se fazer um paralelo entre a realidade do objeto de estudo e as metas da política ora em implementação.

Pode-se observar que os servidores técnico-administrativos têm plena consciência das questões referentes às demandas relativas à saúde do trabalhador no contexto do HC/UFG. Os servidores demonstram convicção e disposição para transformação das relações sociais e dos ambientes de trabalho e percebem-se como sujeitos e protagonistas e não como objetos de intervenção na luta pela implementação, implantação e ampliação dos programas de promoção de saúde.

Os três participantes do grupo Gestor reconheceram que o processo de trabalho da equipe SIASS/UFG está em processo de reestruturação e em desenvolvimento com a saída dos servidores técnico-administrativos vinculados ao Instituto Federal Goiano e Instituto Federal de Goiás.

O questionário aos Gestores versou sobre as seguintes variáveis: recursos humanos, materiais e orçamentários necessários ao desenvolvimento do programa de vigilância e promoção à saúde, e se o SIASS/UFG desenvolveu ou desenvolve programas de vigilância e promoção à saúde e de segurança e prevenção dos ambientes de trabalho voltados para os servidores técnico-administrativos do HC/UFG.

QG 01: O SIASS/UFG dispõe de poucos recursos humanos, não dispõe de recursos orçamentários suficientes para o desenvolvimento dos Programas. Ainda não desenvolveu programas de vigilância e promoção à saúde específica para os servidores técnico-administrativo do HC/UFG, tampouco programa de segurança e prevenção dos ambientes e processos de trabalho.

QG 02: Orçamentários, não. Recursos humanos, poucos. Ainda não desenvolveu programas de vigilância e promoção à saúde e segurança e prevenção dos ambientes de trabalho para os servidores técnico-administrativos do HC/UFG.

QG 03: O SIASS/UFG não dispõe de recursos humanos, materiais e orçamentários necessários para as ações de desenvolvimento da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal da UFG.

Os programas desenvolvidos pelo SIASS/UFG abrangem todos os servidores. Ou seja, os programas são extensivos aos Técnico-administrativos em Educação e professores/docentes da UFG e são desenvolvidos permanentemente.

O SIASS realiza atualmente as inspeções técnicas da UFG, inclusive Hospital das Clínicas com vistas à implantação e implementação do Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais – PPRA e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO.

Segundo os gestores, o SIASS/UFG ainda não desenvolveu os programas de vigilância e promoção à saúde e segurança e prevenção dos ambientes de trabalho para os servidores técnico-administrativos do HC/UFG e visa a implantação do PPRA e PCMSO. Há de salientar que esses são os objetivos iniciais do SIASS e consta do projeto de saúde e segurança do servidor do SIASS/UFG de 2013.

Os programas de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança (SESMT), criticados pelas suas limitações por vários especialistas da área, ainda são uma realidade distante do serviço público e os órgãos de fiscalização, na prática, sentem dificuldade para obrigar as unidades públicas ao cumprimento da legislação ou para autuá-las pelo seu descumprimento (CARNEIRO, 2014).

Pelo exposto também pelos gestores do SIASS/UFG, continua com um cenário de fragilidade e vulnerabilidade a implementação e implantação da Política de Atenção à Saúde do Servidor Federal no contexto do HC/UFG.

De acordo com Minayo-Gomes (2013), existe hoje com dificuldade para aplicação das diretrizes e com problemas de gestão para implementação de ações efetivas. Tem-se uma tarefa coletiva e o desafio de tornar realidade prática uma política construída coletivamente, uma classe trabalhadora com mais saúde, mais ciente de seus direitos e mais participante na sua conquista.

Evidenciou-se ainda pelas narrativas dos pesquisados forte tendência de ausência, insuficiência e ineficácia de ações de promoção e vigilância à saúde e segurança e prevenção dos ambientes de trabalho no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

Os dados levantados permitem inferir que a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, no contexto do Hospital Universitário/UFG, objeto desse estudo, é ineficaz, insuficiente e/ou ausente. O problema enunciado: a falta de efetividade da PASS no contexto do HC/UFG influencia e repercute no processo de adoecimento dos servidores.

A escolaridade, cargo e relação hierárquica a partir dos dados levantados têm relação com o adoecimento. Também a predominância do sexo feminino, duplo vínculo empregatício e hora extra/adicional por Plantão Hospitalar possuem influência determinante no processo de adoecimento.

De efetivo, conclui-se que a implementação da Política de Atenção à Saúde do Servidor Federal no contexto do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás é insatisfatória, ou seja, os servidores técnico-administrativos do HC/UFG não dispõem de uma política de Saúde do Trabalhador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema Saúde do Trabalhador é relevante e atual, principalmente pelas profundas transformações no mundo do trabalho e o aumento da precarização das condições de trabalho. A ação nefasta do capitalismo, particularmente na fase neoliberal tem avançado sobre os direitos dos trabalhadores de maneira devastadora, subtraindo conquistas, encolhendo direitos sociais e trabalhistas e ainda com drásticas reduções dos gastos públicos.

Numa revisão das políticas públicas instituídas no Brasil relacionadas ao tema saúde e segurança no trabalho, percebe-se que os objetivos, os princípios e diretrizes destas políticas públicas estão em conformidade com os preceitos constitucionais e os conceitos da Saúde do Trabalhador. A política pública por sua natureza normalmente é uma política de longo prazo e a materialização envolve vários fatores e muitos atores, se consideradas as realidades nacional, regionais e locais.

O estudo mostrou essas importantes políticas de saúde e segurança do trabalho como a PNSTT, a PNSST, a PNPS, a PNH têm encontrado um terreno árduo de aplicações das suas diretrizes, consolidação e implementação de ações efetivas.

A Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (PASS), objeto desse estudo, surge alinhada aos anseios dos trabalhadores do serviço público federal com a tarefa de garantir efetividade de vigilâncias dos ambientes e processos de trabalho. Na análise de dados verificou-se que a área econômica tem sido a escolha prioritária do Estado, em detrimento da área social.

O presente estudo aponta uma das possíveis explicações para a precarização das relações de trabalho no contexto estudado tem origem na política neoliberal que promove o desmonte dos hospitais universitários, com quadro de servidores insuficientes, instalações físicas deficientes, redução e fechamento de leitos e de serviços à comunidade e ainda a constituição da EBSEH para gerir os HUs, numa nova concepção de Estado.

As questões relativas ao processo de trabalho em saúde que podem afetar a saúde dos técnico-administrativos do Hospital Universitário da UFG, assim como o adoecimento em parcela significativa destes servidores, trazem consequências

graves na vida do próprio trabalhador, na instituição e na realidade em que estão inseridos. As condições de trabalho influenciam no processo de trabalho e contribuem para determinar o processo de saúde-doença dos trabalhadores.

A investigação e discussão dos resultados desta pesquisa tem como foco a percepção dos trabalhadores técnico-administrativos do HC/UFG sobre as condições de trabalho e torna-se uma preocupação para categoria pelo número elevado de adoecimentos.

Este estudo possibilitou analisar a efetividade objetiva e subjetiva da implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal, lotado no Hospital das Clínicas da UFG.

Dessa forma, o problema da pesquisa: análise e avaliação de efetividade da implementação da política de promoção à saúde e segurança no trabalho do servidor público federal no contexto do Hospital das Clínicas apontou que pouco conseguiu avançar enquanto política de saúde do trabalhador com ações e programas de vigilâncias dos ambientes e processos de trabalho.

Dados da pesquisa sobre avaliação do Programa de Promoção, Vigilância à Saúde, Prevenção e Segurança de Ambientes revelou que 90% dos servidores não têm conhecimento de qualquer programa com essa finalidade desenvolvido pelo SIASS-UFG, órgão executor da PASS.

O estudo evidenciou a chamada feminilização da força de trabalho nas categorias profissionais de saúde e confirmou que o sexo feminino predominou em quase todas as categorias profissionais pesquisadas. A pesquisa constatou ainda que a mulher possui mais escolaridade e maior qualificação no estudo em foco.

A realização da pesquisa quantitativa conjuntamente com pesquisa qualitativa das opiniões dos servidores técnico-administrativos e gestores possibilita algumas considerações. Os dados da pesquisa nos leva a crer em descompromisso e certa negligência com a saúde dos trabalhadores técnico-administrativos lotados no HC/UFG, por parte do órgão executor da PASS, o SIASS/UFG.

As narrativas e opiniões dos servidores corroboram o entendimento da necessidade de proporcionar uma melhor promoção à saúde e qualidade de vida aos trabalhadores.

A promoção/vigilância à saúde e a prevenção/segurança de ambientes de trabalho requerem ações integradas, articuladas setorialmente, com especificidade centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta

com a assistência, calcado nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde dos trabalhadores.

Este estudo constatou importantes indicadores: crescente adoecimento dos trabalhadores, não realização de exames periódicos, não elaboração de perfil epidemiológico desses trabalhadores, predominância do sexo feminino, dupla ou maior jornada de trabalho, hora-extra denominada APH em demasia, relações hierárquicas e cotidiano de trabalho afetando negativamente e não implementação de ações de promoção à saúde e segurança do trabalho, etc.

Há ainda a particularidade desses trabalhadores serem responsáveis por cuidar da saúde da população em geral, quando a sua é negligenciada.

Neste cenário, apreendeu-se que não compõe a lógica do SIASS/UFG e demais órgãos governamentais responsáveis, suprir o direito à saúde e segurança no trabalho no âmbito desta importante unidade da Universidade. Os dados comprovam que o SIASS/UFG ainda não inseriu o tema Saúde do Trabalhador na sua pauta de discussão e não tem sido capaz do enfretamento do processo de adoecimento dos servidores.

Apreendeu também, que a saúde do servidor técnico- administrativo não recebe a devida importância, apesar da situação preocupante, não são suficientes para mobilizar os seus gestores.

O movimento sindical dos servidores públicos federais necessita participar com urgência da mudança desta conjuntura de saúde dos trabalhadores, particularmente as Federações e Confederações que têm direito a assento na discussão do Conselho Gestor do SIASS, órgão executivo da PASS.

O presente estudo mostrou que para atender as demandas do processo saúde-doença-trabalho no contexto do Hospital das Clínicas/UFG deverão ser orientadas e desenvolvidas medidas de promoção, prevenção e vigilância, “capazes de garantir a efetividade de ações para promover a saúde dos trabalhadores, prevenir os agravos e atender aos problemas existentes” (MINAYO-GOMES; LACAZ, 2005).

Faz-se necessária a realização de pesquisas que aprofundem e forneçam mais subsídios para o planejamento, implantação e implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS). Espera-se que este trabalho possa servir para outras investigações.

O presente estudo buscou contribuir para colocar em relevo a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, possibilitando uma aproximação da

realidade vivenciada pelos servidores técnico-administrativos do HC/UFG. No decorrer da pesquisa suscitou debates e discussões e o intuito é que tenha contribuído para maiores reflexões sobre as implicações do trabalho para a saúde e abrir um canal de diálogo em favorecimento da fala dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. Processo de trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador. In: RIBEIRO, M. C. S. (Org.). *Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores*. São Paulo (SP): Martinari, 2008.

ALVAREZ, S.E.; DAGNINO, E.; ESCOBAR, A. O cultural e o político nos movimentos sociais latino-americanos. In *cultura e Política nos Movimentos Sociais Latino-Americanos*. Belo Horizonte, UFMG, 2004.

ALVES, M. *Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência*. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rebenN59n2/a14>. Acesso em: 11 out. 2015.

ANDRADE, P. P.; VEIGA, H. M. S. Avaliação dos trabalhadores acerca de um programa de qualidade de vida no trabalho: validação de escala e análise qualitativa. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n. 2, 2012.

ARCURI, A. S. A. Apolítica nacional de segurança e saúde do trabalhador. *Revista Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente*, v. 2, n. 4, jul./2007. Disponível em: <www.interfacehs.sp.senac.br>. Acesso em: 28 nov. 2015.

AERTS, D. et al. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 1020-1028, 2004.

ANTUNES, R. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho? Configurações. *Revista de sociologia*, v. 7, p. 155-166, 2010.

ANTUNES, R. *Adeus ao Trabalho?* 15ª Edição. São Paulo: Cortez, 2014.

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2000.

ARRETCHE, M. T. *Tendências no Estudo Sobre Avaliação*. São Paulo: Cortez, 2009.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciência & saúde coletiva* [online], v. 25, n. 5, p. 341-349. 2003. Acesso em: 04 abr. 2015.

ASSUNÇÃO, A. A. *Promoção e Vigilância em Saúde: guia para as ações no setor público federal*. Belo Horizonte: UFMG, 2012.

ASSUNÇÃO, A. Á.; BELISÁRIO, S. A. *Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte: NESCE, 2007.

- BARBOSA, I. H. S. Análise da implantação de ações de vigilância da saúde dos servidores da Universidade Federal de Goiás. Dissertação (Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente) – Uni-evangélica, Anápolis, 2013.
- BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no SUS. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p. 170-177, fev./2006.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução de L. de A. Rego e A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BELTRAME, P. A. *Mulheres e Trabalho, contrastes e Injustiças*: quando a igualdade formal não basta. Publicação Oficial da Associação Juizes para a Democracia, Dublin, ano 15, n. 69, nov./2015 -jan./2016. 2014.
- RAMAZZINI, B.; MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Pública* [online], v. 25, n. 5, p. 341-349. 1991.
- BETTS, J. Considerações sobre o que é humanizar. 2003. Disponível em: <www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>. Acesso em: 9 mar. 2016.
- BIZARRIA, F. P. A. et al. Ações públicas voltadas para a promoção da saúde do trabalhador: análise da política destinada a saúde do servidor público federal. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 2014.
- BOLZAN, D. P. *Serviço social, divisão sexual do trabalho e relações de gênero*. In: 4º ENCONTRO INTERNACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2016, Vitoria-ES.
- BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. As condições de trabalho e a luta dos/as Assistentes Sociais pela jornada semanal de trabalho de 30h. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, v. 107, p. 557-584, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças Relacionadas ao trabalho*: manual de procedimento para os serviços de saúde. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas Regulamentadoras*: segurança e medicina do trabalho. 48ª Ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS*: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde. *A articulação da graduação em saúde, dos hospitais de ensino e das residências em saúde*. In: SEMINÁRIO NACIONAL DO PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE - PRÓ-SAÚDE II, 1., Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Relatório final da Conferência Nacional de Recursos Humanos da Administração Pública Federal – 2009. *A democratização das relações de trabalho: um novo olhar sobre a política de gestão de pessoas da Administração Pública Federal*. Brasília: MPOG, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Lei orgânica nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: [s.n.], 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. *Caderno de saúde do trabalhador*. legislação. Dep. de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Min. da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor- DESAP. *Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Federal PASS*. Disponível em: <<http://www.ufvmjm.edu.br/ptoace/saude/doc...view/3documento-dosiass.html>>. Acesso em: 11 abr. 2015.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988.

BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil* (1988). Emenda Constitucional nº 90, de 15 de setembro de 2015.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11.12.1990. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 12 dez. 1990. Seção 1, p. 23.935.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11.12.1990. Redação dada pela Lei nº 11.302, de 10 maio 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 nov. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso em: 28 nov. 2015.

BRASIL. Presidência da República. DECRETO Nº 7.186, DE 27 DE MAIO DE 2010. Regulamenta os Artº. 298 a 307 da Lei no 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que tratam do Adicional por Plantão Hospitalar – APH, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6833, 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. Brasília: [s.n.], 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Portaria Normativa nº3 de 7 de maio de 2010. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor – NOSS aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC, com o objetivo de definir diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 10 de maio 2010. Seção 1, p. 80.

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Portaria Normativa nº 3, de 25 de março de 2013. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 27 mar. 2013, p. 77-78.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Promoção da Saúde. *PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Portaria Normativa nº 4, de 15 de setembro de 2009. Estabelece orientações para aplicação do Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009, que dispõe sobre os exames médicos periódicos dos servidores dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 16 set. 2009. Seção 1, p. 97,98.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.823, de 23 ago. 2012.

BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. 3ª Ed. São Paulo: Cortez/UFRJ, 2010.

BROTTO, T. C. de A.; DALBELLO-ARAUJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 37, n. 126, p. 290-305. 2012.

BRUSCHINI, M. C. A. Mulher e Mundo do Trabalho: ponto de vista sociológico. In: BRANDÃO, M. L.; BINGEMER, M.C. (Orgs.). *Mulher e Relações de Gênero*. São Paulo: Loyola, 1994.

BRUSCHINI, M. C. A. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. *Caderno de Pesquisa*, São Paulo, v. 37, n. 132, 2007.

BRUSCHINI, M. C. A.; Trabalho e Gênero no Brasil até 2005: uma comparação regional. In: COSTA, A. D. et al. (Orgs.). *Mercado de Trabalho e Gênero, Comparações Internacionais*. Editora FGV, 2008.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. *Envelhecimento funcional e suas implicações para a oferta da força do trabalho brasileira*. Disponível em: <desafios2.ipea.gov.br>. Acesso em: 07 abr. 2015.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARLOTO, C.M. O Conceito de Gênero e sua importância para a análise das relações sociais. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v3n2_genero.htm>. Acesso em: 27 set. 2015.

CARNEIRO, S. A. M. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas a experiência na Prefeitura de São Paulo. *Revista do Serviço Público*, v. 57, n. 1, p. 23-49. 2014.

CASTRO, R.; BRONFMAN, M. N. Algunos problemas no resueltos em la integración de métodos cualitativos y cuantitativos em la investigación social ensalud. Cocoyoc, México. (Mimeo)1997.

CEZAR, E. S.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar de Londrina. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006.

CHIAVEGATTO; C. V.; ALGRANTI, E. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 38, n. 127 jan./jun. 2013.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 8ª Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

COELHO, V. P. O Trabalho da Mulher, relações familiares e qualidade de Vida, *Serviço Social e Sociedade*, n. 71. São Paulo: Ed. Cortez, 2002.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em Saúde do Trabalhador*. In: *Vigilância em Saúde – Parte 1*. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, v. 5, cap. 7., p. 232-258, 2011.

COUTINHO, C. *Métodos e Técnicas de Amostragem*. Un. Minho, 2008.

CREPOP. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. *Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do (a) psicólogo(a) / Conselho Federal de Psicologia (CFP)*. Brasília, DF, 2008.

DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Ed. Oboré, 1987.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELII, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo (SP): Atlas, 1994.

DIAS, E. C. A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil? Realidade, Fantasia ou Utopia? 1994. 335 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

DONNAGELO, M. C. F. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DONNAGELO, M. C. F. *A Pesquisa na Área de Saúde Coletiva no Brasil: a década de 70. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco/PEC/Escola Nacional de Saúde Pública, 1983.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? *Caderno CRH*, Salvador, v. 42, n. 1, p. 35-55, 2011. Número especial.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em perspectiva*, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, jul./ago. 2006.

FELLI, V. E. A.; TRONCHIN, D. M. R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: KURCGANT, P. *Gerenciamento em enfermagem*. 2. Ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 89-107.

FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, A. M. C. Avaliação Política e Avaliação de Políticas: um quadro de referência teórica. *Textos*. São Paulo: Cortez IDESP, n. 15, 1986, mimeo.

FREITAS, C. M. Riscos e processos decisórios: implicações para a vigilância sanitária. In: COSTA, E. A. (Org.). *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: Edufba, 2008.

GONÇALVES, E. Pensando o Gênero como Categoria de Análise. Estudos de Gênero. *Caderno de Área*, n. 7, Universidade Católica de Goiás. Goiânia: UCG, 1998.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). *Saúde Mental e Trabalho*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Saúde mental e trabalho*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 1999.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm.*, v. 15, n. 2, p. 352-8, 2006.

IAMAMOTO, M.V. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 18º Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

IBGE. Censos demográficos. Rio de Janeiro, 2000, 2010.

JACQUES, C. C.; MILANEZ, B.; MATOS, R. C. O. C. Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, fev./2012.

KARINO, M. E. et al. Cargas de trabalho e desgastes dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola. *Cienc. Cuid. Saude*, v. 14, n. 2, p. 1011-1018, abr./jun. 2015.

LACAZ, F. A.C. *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. 1996. 414 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LACAZ, F. A. C.; JACKSON FILHO, J. J.; VILELA, R. A. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev. bras. saúde ocup.*, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013.

LANCMAN, S. et al. O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 11, p. 79-92, 2007.

LAURELL, A. C. Controle social na saúde do trabalhador. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP, 2009 /Ensp., 2009.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde*. Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Cebes-Hucitec: 1989.

LAUS, A.M.; ANSELMINI, M.L. Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um hospital escola. *Rev. Esc. enferm. USP*, v. 42, n. 4, p. 681-9, 2008.

LIMA, J. R.; O. B.; SILVA, A. A.; LEITE, M. C. *Intervenção planejada na realidade social: escopo e limites da pesquisa de avaliação*. Rio de Janeiro, IUPERJ, 1978.

LIMA, M. E. *O impacto (custo) das LMELT decorrente de acidentes de trabalho numa organização de saúde*. Dissertação (Mestrado) - ENSP: GOSS, 2014.

LOBO, E. S. *A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência*. São Paulo: Brasiliense, 1991.

MACEDO, K. B.; MACEDO, G. N. S. A percepção das relações. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEO/eneo_2004. Acesso em: 27 set. 2015.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 33-45, abr./jun. 1997.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 25-84.

MARIN, M. J. C. El trabajo y la salud. In: MORENO, A. S. *Enfermería comunitária: conceptos de salud y fatores que lacondicionan*. Madri (ES): McGraw-Hill, 2000.

MARQUES, D. O. *O Absenteísmo, doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

MARTINELLI, M. L. *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras, 1999.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de valorização. In: ANTUNES, R. (Org.). *A dialética do trabalho: escritos de Marx e Engels*. São Paulo: Expressão Popular, 2004, p. 29-56.

MARX, K. *Contribuição à crítica da economia política*. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008. 285p.

MARX, K. O Capital. Livro III. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1974.

MARX, K. *Capítulo VI (Inédito)*. São Paulo: Ed. Ciências Humanas, 1978.

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. Esc Anna Nery. *Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p 244-252. apr./june, 2010.

MAURO, C. D.; MUZI, R. M. G. Riscos ocupacionais em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2004. Disponível em: <facenf.uerj.br>.

MACHADO. *Controle social na saúde do trabalhador*. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009.

MENDES, R. Aspectos conceituais da patologia do trabalho. In: MENDES, R. (Ed.). *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MENDES, R. *Patologia do trabalho atualizada e ampliada*. São Paulo (SP): Atheneu, 2003.

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

MINAYO-GOMES, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 21-32, suppl. S21-S32. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2015.

MINAYO-GOMES, C.; THEDIM-COSTA. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p.125-36, 2003.

- MINAYO-GOMES, C. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. *Rev. Bras. Saude Ocup.*, São Paulo, 2013.
- MINAYO, M. C.; SANCHES. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.
- MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 59, n. 5, p. 661-5, set./out. 2006.
- MONTES, I. E. D. M. C. et al. Absenteísmo relacionado às doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola os da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n.1, p. 38-44, 2009.
- MORAES, R. *Análise de Conteúdo*. Educação. Porto Alegre, v. 22, n. 37, 1999.
- MORAES, L. F. R.; FILHO, A. D. M.; Dias, D. V. O Paradigma Weberiano da Ação Social. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 7, n. 2, p. 66-69, 2003.
- MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. *Interface Comum. Saúde Educ.*, v. 13, Supl. 1, p. 627-640, 2009.
- MOROSINI, L. Visibilidade contra doença. *Revista Radis*, n. 151. Reportagens – Fiocruz. Disponível em: <www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis>. Acesso em: 1 abr. de 2015.
- MOURÃO, T. M. F. *Mulheres no topo de carreira: flexibilidade e persistência*. Brasília/DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.
- MOTTA, A. B. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Educação, Fac. de Educação, UFBA, Salvador, 1999.
- NARDI, H. C. Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinaridade. In: MERLO, A.R.C. (Org.). *Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção*. 1. Ed. Porto Alegre: UFRGS, v.1, 2004, p.43-64.
- NEHMY, R. M. Q.; DIAS, E. C. Os caminhos da saúde do trabalhador: para onde apontam os sinais? *Revista Médica de Minas Gerais*, Minas Gerais, v. 20, n. 2, p. 13-23, 2010. Suplemento.
- NISHIDE, V. M. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de urna unidade de terapia intensiva. *Rev. Esc. Enferm. USP*, SciELO Brasil, 2004.
- NOSELLA, P. Trabalho e educação. In: MINAYO-GOMEZ, C. et al. (Orgs.). *Trabalho e Conhecimento: dilemas na educação do trabalho*, p. 27-42. São Paulo: Editora Cortez, 1989.
- OLIVEIRA, A. Â. A.; COSTA, G. M. T. da; ZANIVAN R. P. *Motivação e Comprometimento do Servidor Público Municipal: uma questão de análise*. RACI, Getúlio Vargas, v. 8, n. 17, jan./jun. 2014.

OLIVEIRA, N. T. O processo de adoecimento do trabalhador da saúde: o setor de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário. Tese (Doutorado em Serviço Social) - PUC-RS, Porto Alegre, 2009.

OLIVEIRA, R. M. R. *A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho – LER/DORT, CRST/ES*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Esc. Nac. de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

OIT. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. O combate por uma globalização justa nos últimos três anos. Avaliando o impacto da Comissão Mundial sobre a Dimensão Social da Globalização. Ed. IDICT. Lisboa: Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho, 2007.

OIT. Un informe de la OIT estudi a la salud mental em el trabajo em Alemania, Estados Unidos, Finlandia, Polonia y Reino Unido. *Comunicados de prensa 2000*, Ginebra, OIT37. Disponível em: http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_publicinformation/Press_releases/lang-es/WCMS_008592/index.htm. Acesso em: 02 abr. 2016.

OMS. Global strategy on occupational health for all: the way to health at work, Recommendation of the second meeting of WHO Collaborating Centres in Occupational Health, p. 11-14 Oct, r 1194, Beijing, China.

ORTIZ, R. *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

PITTA A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

PRATES, M. A. S.; BARROS, B. T. O estilo brasileiro de administrar. In: MOTTA, F. C. P.; CALDAS, M. P. (Orgs.). *Cultura organizacional e cultura brasileira*. São Paulo: Atlas; 1997.

PRIMO, G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. *Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária*, p. 47-58, 2010.

QUADROS, M. J. J.; COSTA, O. M. F. *Práticas operacionais de promoção à saúde no contexto da UFPA*. Abrasco, 2015.

RAMMINGER, T.; NARDI, H. C. Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público. *Revista do Serviço Público*, v. 58, n. 2, p. 213-226, 2014.

RIBEIRO, D. B. et al. Reflexões sobre demandas atendidas pelo serviço social no Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador. In: ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 5., Anais..., 2010, Vitória: PPGPS, 2010.

RIBEIRO, E.M, PIRES D. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa saúde da família. *Cad.Saúde*

Pública. [Internet] 2004;20(2) [acesso em 23 ago 2016]. Disponível:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>

ROBAZZI, M. L. C. C. et al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de Trabalho entre trabalhadores da área de saúde. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 526-32, out./dez. 2012.

RODRIGUES, P. F. V. *O trabalhador e as repercussões do adoecimento e acidente de trabalho na sua vida*. 2012.

RUA, M. G.; CARVALHO, M. I. V. (Org.). *O estudo da política: tópicos selecionados. Coleção Relações Internacionais e Política*. Brasília: Paralelo 15, 1998.

RUA, M. G. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. In: RUA, M.G.; CARVALHO, M. I. V. (Org.). *O estudo da Política: tópicos selecionados*. Brasília: Paralelo 15, 1998, Coleção Relações Internacionais.

SANCHEZ, M. O. et al. Atuação do CE. *Saúde e Sociedade*, v.18, n. 37, supl.1, 2009.

SANTOS, P. R. *Saúde do trabalhador no trabalho hospitalar: metodologias integradas de avaliação de experiências nos espaços de intervenção em hospitais no estado do Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado em Ciências na Área Saúde Pública) - Fio Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS-FILHO, S. B. *Perspectivas da avaliação na Política Nacional de em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Brasília, 2007.

SIASS-UFG. *Plano de trabalho SIASS-UFG*. 2010. Disponível em:
<<http://trabalhocomsaude.files.wordpress.com>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SILVA, D. M. P. P. *O adoecimento da equipe de enfermagem e o absenteísmo*. 2008. Disponível em: <www.periecticos.uem.br/bdojsfindexphp/CiencCuidSaudetarijc.le/>. Acesso em: 04 abr. 2016.

SILVA, J. A. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 16 ed. São Paulo: Malheiros Ed., 1999.

SILVA, O. D.; RAICHELIS, R. *O assédio moral nas relações de trabalho do (a) assistente social: uma questão emergente*. 2015.

SILVEIRA, S. A.; GRISOTTI, M. Trabalho e Saúde: um estudo sobre o processo saúde–doença dos servidores de um hospital universitário. *Sau. & Transf. Soc.*, Florianópolis, v. 2, n. 1, p.18-27, 2011.

SODRÉ, F. et al. *Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?* *Serv. Soc. Soc.* no.114, São Paulo, 2013.

SOUSA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*. Porto Alegre, v. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 327-338, abril/jun. 2008.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 58, n. 2, p. 156-160. 2005.

THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-Ação*. São Paulo: Cortez, 2002.

ZANIN, F. C. et al. Política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público no Brasil. ANDES – sn, fev./2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO 1

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL
JOAO ALCIONE CARDOSO SANTOS

PREZADO (A) SERVIDOR (A), como mestrando do Curso de Mestrado em Serviço Social da PUC Goiás estou realizando uma pesquisa, cujo objeto será: A Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor adotada pelo Governo Federal, em implantação pelo SIASS/UFGO, no período de 2013 e 2014. Necessito da sua atenção para preencher este questionário. Esta pesquisa pretende identificar, investigar e avaliar, bem como discutir os condicionantes sociais, econômicos, organizativos, culturais e psicológicos que estão relacionados aos adoecimentos dos servidores inseridos na realidade do hospital universitário de Goiânia, bem como avaliar o grau de eficácia da implantação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho adotada pelo Governo Federal e em implantação pelo SIASS/UFGO. Agradeço a colaboração e me comprometo a garantir o sigilo dos dados, utilizando-os somente no interesse deste estudo. Sinta-se à vontade para respondê-lo.

QUESTIONÁRIO

Código da Pesquisa:

Identificação

1. Sexo:

- M
- F

2. Qual sua faixa etária?

- Até 30 anos;
- Entre 31 e 40 anos;
- Entre 41 e 50 anos;
- Entre 51 e 60 anos;
- Mais de 61 anos.

3. Qual o seu nível de escolaridade?

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino médio incompleto

- Ensino superior incompleto
 - Especialização
 - Doutorado
 - Ensino fundamental completo
 - Ensino médio completo
 - Ensino superior completo
 - Mestrado
 - Outro: _____
4. Cargo no serviço público _____
Função _____
Tempo no serviço público _____
Setor _____
5. Você possui duplo vínculo de emprego? Você fez ou faz APH?
- | | |
|------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Sim | SIM |
| <input type="checkbox"/> Não | Não |
| <input type="checkbox"/> | |
6. A UFG através do SIASS desenvolveu ou desenvolve Programa de vigilância e promoção à saúde do servidor?
- Sim
 - Não
 - Não tenho conhecimento
- 6b. A UFG através do SIASS desenvolveu ou desenvolve o Programa de Segurança e Prevenção dos Ambientes e Processos de Trabalho?
- Sim
 - Não
 - Não tenho conhecimento
7. O SIASS/UFGO dispõe de recursos humanos, materiais orçamentários necessários ao desenvolvimento do programa de vigilância e promoção à saúde?
- Sim
 - Não
 - Não tenho conhecimento
8. A UFGO vê como relevante o Programa de Promoção e Vigilância à Saúde?
- Sim
 - Não
 - Não tenho conhecimento
9. Você ficou de licença médica por adoecimento ou agravos à saúde nos últimos 2 anos?
- Sim
 - Não
 - Não tenho conhecimento

10. Você teve acompanhamento terapêutico e/ou psicossocial nas nos adoecimento e ou agravos?

11. Você realizou exames periódicos nos últimos 2 (dois) anos para a Instituição?

- Sim
- Não
- Não tenho conhecimento

12. Você recebe adicional de insalubridade?

- Sim
- Não

Grau:

- 10%
- 20%

13. SIASS/UFGO desenvolve mapeamento de insalubridade /periculosidade com periodicidade?

- Sim
- Não

14. HC/UFG possui CISSP ou CIPA/UFG?

- Sim
- Não

15. Você já participou de algum programa de promoção e vigilância à saúde na instituição?

- Sim
- Não

16. Você já participou de algum programa de segurança do trabalho na instituição?

- Sim
- Não

17. A Perícia Médica SIASS/UFGO é satisfatória? Por quê?

- Sim
- Não

18. A Política de Assistência a Saúde (Plano de Saúde) é satisfatória? Por quê?

- Sim
- Não

19. O que o trabalho significa para você?

- Meio pelo qual um indivíduo mantém a si, e/ou família
- Meio que favorece a integração social de um indivíduo
- Meio pelo qual um indivíduo pode construir uma nova identidade
- Todos os significados
- Outros Significados: _____

20. As relações hierárquicas (Chefia X Trabalhador) afetam seu cotidiano de trabalho? Como você percebe as relações hierárquicas e o processo de trabalho?

- Sim
- Não

21. Na sua visão a implementação insuficiente ou ausência de implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho pelo SIASS/UFG pode trazer processo de adoecimento ao servidor?

22. Como você vê a insuficiência ou ausência de desenvolvimento Programa de Vigilância e Promoção à Saúde e de Programa de Segurança e Prevenção dos Ambientes e Processos de Trabalho?

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO 2

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

PREZADO (A) SERVIDOR (A), como mestrando do Curso de Mestrado em Serviço Social da PUC-GO estou realizando uma pesquisa, cujo objeto será: A Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor adotada pelo Governo Federal, em implantação pelo SIASS/UFGO, no período de 2013 e 2014. Necessito da sua atenção para preencher este questionário. Esta pesquisa pretende identificar, investigar e avaliar, bem como discutir os condicionantes sociais, econômicos, organizativos, culturais e psicológicos que estão relacionados aos adoecimentos dos servidores e inseridos na realidade do hospital universitário de Goiânia, bem como avaliar o grau de eficácia da implantação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho adotada pelo Governo Federal e em implantação pelo SIASS/UFGO. Agradeço a colaboração e me comprometo a garantir o sigilo dos dados, utilizando-os somente no interesse deste estudo. Sinta-se à vontade para respondê-lo.

QUESTIONÁRIO

Entrevista nº _____

Código da Pesquisa:

Identificação

1. Sexo:

- M
 F

2. Qual sua faixa etária?

- Até 30 anos Entre 31 e 40 anos
 Entre 41 e 50 anos Entre 51 e 60 anos;
 Mais de 61 anos.

3. Qual o seu nível de escolaridade?

- Ensino superior completo
- Especialização
- Doutorado
- Mestrado
- Outro: _____

4. Cargo no serviço público _____

Função _____

Tempo no Serviço Público _____

Tempo de atuação no Cargo: _____

Setor _____

5. O SIASS/UFGO dispõe de recursos humanos, materiais orçamentários necessários ao desenvolvimento do programa de vigilância e promoção a saúde?

6. A UFG através do SIASS desenvolveu ou desenvolve Programa de vigilância e promoção à saúde do servidor voltados para os servidores do Hospital das Clínicas?

7. A UFG através do SIASS desenvolveu ou desenvolve o Programa de Segurança e Prevenção dos Ambientes e Processos de Trabalho voltados aos servidores do Hospital das Clínicas?

8. Os programas são desenvolvidos de quanto em quanto tempo?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título *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*. Meu nome é JOAO ALCIONE CARDOSO SANTOS, sou o pesquisador (a) responsável, mestrando em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade do Pesquisador (a) responsável e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o (a) pesquisador responsável João Alcione Cardoso Santos ou com o (a) orientador (a) da pesquisa Professor (a) Dra. Constantina Ana Guerreiro Lacerda, nos telefones: (62) 39461237/ (62) 99787952, ou através dos e-mails: joaoalcione@yahoo.com.br ou tina.glacerda@gmail.com. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada à pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás.

Esta pesquisa pretende identificar, investigar e avaliar, bem como discutir os condicionantes sociais, econômicos, organizativos, culturais e psicológicos que estão relacionados aos adoecimentos dos servidores inseridos na realidade do hospital universitário de Goiânia, bem como avaliar o grau de eficácia da implantação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho adotada pelo Governo Federal e em implantação pelo SIASS/UFGO. Para tanto, o (a) senhor (a) será submetido (a) a uma entrevista que abordará questões relativas ao Programa de Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho em implementação pelo SIASS/UFGO. Utilizaremos o questionário como instrumento de coleta de dados. Ao participante que for aplicado questionário será assegurado o direito de não responder as perguntas que possam ocasionar constrangimento de qualquer natureza. O material do questionário será manuseado somente por este pesquisador e sua orientadora,

após a realização do estudo serão deletados e/ou picotados. Quanto ao questionário, o seu preenchimento terá a duração de vinte minutos. A participação nesta pesquisa oferece risco mínimo de dano e no que se refere ao desconforto em disponibilizar tempo para responder a entrevista e ou alguns riscos como constrangimento ou desconforto por responder questões que não lhe agrade. Comprometo-me a proceder com cautela, respeitando seus limites e outras condições que o (a) senhor (a) venha a impor. Será assegurado ao (a) senhor (a) o direito de assistência médica integral e gratuita por qualquer dano advindo por sua participação neste estudo, seja este dano direto dano direto ou indireto, imediato ou tardio. Como benefício ao participar desta pesquisa: reflexão acerca deste estudo, qual seja, Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Federal em implementação na UFGO, além da relevância social. Assim, sua participação será muitíssimo importante, pois suas opiniões contribuirão para compreensão e aprofundamento do objeto em estudo. Neste sentido, esclarecemos e garantimos que sua participação será espontânea e livre de qualquer forma de remuneração, pagamento ou gratificação financeira ou ainda custo adicional por sua participação neste estudo. Caso o (a) participante tenha algum custo em participar do estudo, será devidamente ressarcido. Caso o (a) participante se sinta lesado devido à participação neste estudo, poderá pleitear à justiça e/ou órgãos competentes, indenizações nos termos da lei vigente no Brasil, ficando garantida a indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes de sua participação nesta pesquisa. O (a) participante pode retirar ou recusar o consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo social, moral, ético, econômico e físico. Será assegurada a garantia do sigilo, anonimato, a privacidade e a confiabilidade dos dados coletados, assim como nos comprometemos a proceder com cautela, respeitando os limites dos participantes e outras condições de desconforto.

Eu _____, RG _____, abaixo assinado, discuti com o Dr. JOÃO ALCIONE CARDOSO SANTOS sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei

retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Goiânia, ____, de _____, de 201__.

_____/_____/_____
Assinatura do participante Data

_____/_____/_____
Assinatura do responsável pelo estudo Data

ANEXOS

ANEXO A
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: 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

Pesquisador: João Alcione Cardoso Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50208315.2.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goias

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.334.636

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, para avaliar a política pública de promoção à saúde e segurança do trabalhador. A população do estudo serão os servidores do quadro efetivo, vinculados ao Regime Jurídico Único de um hospital universitário. Os critérios para inclusão no estudo serão: pertencer ao quadro permanente da instituição, vinculados ao RJU que estiverem atuando nas unidades selecionadas, no período estudado. Serão excluídos os servidores vinculados ao RJU no período probatório, de férias regulares, ou licença para interesse particular, bem como aqueles que não queiram participar, bem como os servidores que não fazem parte do quadro efetivo (secretaria municipal de saúde, secretaria estadual de saúde, ministério de saúde), trabalhadores terceirizados, bolsistas e voluntários.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar o grau de eficácia da política de promoção à saúde e segurança do trabalho em implementação pelo governo federal no contexto do hospital universitário de Goiânia.
- Avaliar a implantação de políticas de promoção e vigilância a saúde e de segurança aos trabalhadores de um Hospital Universitário de Goiânia;
- Analisar os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos, organizativos, culturais e psicológicos que interferem no processo de adoecimento em trabalhadores do Hospital

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069		CEP: 74.605-010
Bairro: Setor Universitário		
UF: GO	Município: GOIANIA	
Telefone: (62)3946-1512	Fax: (62)3946-1070	E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.334.636

Universitário de Goiânia;

- Conhecer condição de Saúde relacionada à ocupação /desempenho profissional, analisando a relação doença-trabalho;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores incluíram no TCLE os possíveis riscos como o desconforto em disponibilizar tempo para responder a entrevista e constrangimento ou desconforto por responder questões que não lhe agrada. E ainda, se comprometeram a proceder com cautela, respeitando seus limites. Com relação aos benefícios os pesquisadores informaram que a investigação poderá subsidiar a implementação do programa de atenção à saúde e segurança dos servidores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante para a saúde do trabalhador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as pendências foram atendidas.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações.

O CEP PUC Goiás poderá realizar escolhas aleatórias de protocolos de pesquisa aprovados para verificar o cumprimento da Resolução CNS 466/12 e complementares.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_604869.pdf	18/11/2015 12:16:32		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	18/11/2015 12:14:48	João Alcione Cardoso Santos	Aceito

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.334.636

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/11/2015 12:14:48	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Declaração do Patrocinador	recursos.pdf	12/10/2015 17:54:56	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoComitedeEtica.pdf	12/10/2015 17:50:12	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Outros	AvaliacaodoProjetodePesquisa.pdf	12/10/2015 17:48:30	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Outros	Formulariodeautorizacaodepesquisa.pdf	12/10/2015 17:47:01	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Outros	Roteiroparaentrevista.pdf	12/10/2015 17:43:42	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	12/10/2015 17:42:00	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	12/10/2015 17:25:16	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	12/10/2015 17:24:37	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	12/10/2015 17:17:02	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaocoparticipante.pdf	12/10/2015 17:14:55	João Alcione Cardoso Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 24 de Novembro de 2015

Assinado por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

ANEXO B
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: 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

Pesquisador: João Alcione Cardoso Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50208315.2.3001.5078

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.374.724

Apresentação do Projeto:

O trabalho tem participação fundamental na vida humana e faz parte da produção para a sociedade e a lucratividade de cada indivíduo que o pratica. Porém, os trabalhadores de saúde têm adoecido de modo sistemático e em um processo crescente. E mais, este é um fenômeno não apenas regional ou nacional, mas mundial, todavia, desacompanhado de políticas públicas que visem, de modo contundente, a combatê-lo.

A pesquisa tem caráter quali-quantitativo, através da aplicação de um questionário fechado, aplicado a 91 funcionários, com a margem de erro de 10%, com a finalidade de analisar dados e avaliar o grau de eficácia da política pública de promoção à saúde e segurança do trabalho. A população do estudo será de 986 servidores do quadro efetivo, vinculados ao Regime Jurídico Único dos quais 91 funcionários serão pesquisados, considerando os itens de inclusão e exclusão.

Critérios para inclusão

- serão incluídos todos os servidores do quadro permanente da instituição, vinculados ao RJU que estiverem atuando nas unidades selecionadas, no período estudado.

Critérios para exclusão

- serão excluídos os servidores vinculados ao RJU no período probatório, de férias regulares, ou

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica	
Bairro: St. Leste Universitário	CEP: 74.605-020
UF: GO	Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338	Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcutg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.374.724

licença para interesse particular, bem como aqueles que não queiram participar.

- os servidores que não fazem parte do quadro efetivo, como: secretaria municipal de saúde, secretaria estadual de saúde, ministério de saúde.
- os trabalhadores terceirizados.
- os bolsistas e voluntários.

O presente trabalho coloca em discussão quais os condicionantes sociais, econômicos, organizativos, culturais e psicológicos que estão relacionados ao adoecimento do trabalhador. Desse modo, analisa a implantação e efetividade da política de promoção à saúde e segurança do trabalho em implementação pelo governo federal e a casualidade do adoecimento dos servidores no contexto do hospital universitário de Goiânia. Considerando que a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho estrutura-se no contexto da Política Nacional de Saúde do Trabalhador foram selecionadas as seguintes categorias teóricas para desenvolver a avaliação que deu origem ao presente estudo: Saúde e Trabalho, Saúde do Trabalhador, Políticas de Saúde do Servidor e Gênero e Relações do Trabalho.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar o grau de eficácia da política de promoção à saúde e segurança do trabalho em implementação pelo governo federal no contexto do hospital universitário de Goiânia.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a implantação de políticas de promoção e vigilância a saúde e de segurança aos trabalhadores de um Hospital Universitário de Goiânia;•
- Analisar os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos, organizativos, culturais e psicológicos que interferem no processo de adoecimento em trabalhadores do Hospital Universitário de Goiânia;
- Conhecer condição de Saúde relacionada à ocupação /desempenho profissional, analisando a relação doença-trabalho;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos - A participação nesta pesquisa foi planejada para não trazer riscos de qualquer natureza, seja de ordem legal, trabalhista, previdenciária ou ainda situação vexatória ou de constrangimento que possam prejudicar os participantes envolvidos na pesquisa.

Benefícios:

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
 Bairro: St. Leste Universitario CEP: 74.605-020
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcufig@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.374.724

Como benefício esta investigação objetiva subsidiar as reflexões e debates sobre a construção do processo de implementação do programa de atenção à saúde e segurança dos servidores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa proposta é relevante para a comunidade universitária em geral, susceptível de ser executada e a metodologia proposta adequada para responder a problemática levantada no estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatórios foram apresentados ao CEP conforme Resolução 466/12 do CNS, todavia o TCLE necessita de adequações.

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador acrescentar no TCLE:

- O telefone e endereço do CEP HC-UFG, onde sua pesquisa será realizada;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta nenhum óbice ético e atende as normas regulamentares da Resolução 466/12.

APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466 de 2012 e na Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado com recomendação.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
 Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcufig@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.374.724

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_604869.pdf	18/11/2015 12:16:32		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/11/2015 12:14:48	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_604869.pdf	12/10/2015 18:07:11		Aceito
Declaração do Patrocinador	recursos.pdf	12/10/2015 17:54:56	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoComitedeEtica.pdf	12/10/2015 17:50:12	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Outros	AvaliacaodoProjetodePesquisa.pdf	12/10/2015 17:48:30	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Outros	Formulariodeautorizacaodepesquisa.pdf	12/10/2015 17:47:01	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Outros	Roteiroparaentrevista.pdf	12/10/2015 17:43:42	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	12/10/2015 17:42:00	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	12/10/2015 17:25:16	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	12/10/2015 17:24:37	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	12/10/2015 17:17:02	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaocoparticipante.pdf	12/10/2015 17:14:55	João Alcione Cardoso Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/10/2015 17:08:55	João Alcione Cardoso Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
 Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcurf@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.374.724

GOIANIA, 17 de Dezembro de 2015

Assinado por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephoufg@yahoo.com.br