

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO
TRABALHADOR

PERCEPÇÕES E AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR A PARTIR DA
IMPLANTAÇÃO DO SIASS: ESTUDO DA DIRETORIA DE QUALIDADE DE VIDA
E SAÚDE DO SERVIDOR (DIRQS) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG

JAILTON DEOTIDES DA SILVA OLIVEIRA

UBERLÂNDIA – MG

2018

JAILTON DEOTIDES DA SILVA OLIVEIRA

**PERCEPÇÕES E AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR A PARTIR DA
IMPLANTAÇÃO DO SIASS: ESTUDO DA DIRETORIA DE QUALIDADE DE VIDA
E SAÚDE DO SERVIDOR (DIRQS) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT) da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (IGUFU), como requisito obrigatório para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Orientadora Profa. Dra. Vivianne Peixoto da Silva

UBERLÂNDIA – MG

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

O48p
2018

Oliveira, Jailton Deotides da Silva, 1980-
Percepções e ações em saúde do trabalhador a partir da implantação
do SIASS : estudo da Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do
Servidor (DIRQS) da Universidade Federal de Uberlândia/MG / Jailton
Deotides da Silva Oliveira. - 2018.
108 f. : il.

Orientadora: Vivianne Peixoto da Silva.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de
Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde
do Trabalhador.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.945>
Inclui bibliografia.

1. Geografia médica - Teses. 2. Saúde e trabalho - Teses. 3.
Universidade Federal de Uberlândia - Servidores públicos - Teses. 4. -
Teses. I. Silva, Vivianne Peixoto da. II. Universidade Federal de
Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde
do Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Gerlaine Araújo Silva – CRB-6/1408

JAILTON DEOTIDES DA SILVA OLIVEIRA

**PERCEPÇÕES E AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR A PARTIR DA
IMPLANTAÇÃO DO SIASS: ESTUDO DA DIRETORIA DE QUALIDADE DE VIDA
E SAÚDE DO SERVIDOR (DIRQS) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG**

Data ____/____/____

Resultado _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vivianne Peixoto da Silva (Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia – Instituto de Geografia

Profa. Dra. Lucianne Sant’Ana de Menezes (Membro)
Universidade Federal de Uberlândia – Instituto de Psicologia

Profa. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Instituto de Ciências da Saúde

Dedico esse trabalho a minha mãe, Joana, que
sempre lutou e exigiu que estudássemos,
apesar das adversidades

À minha esposa, Tatiana, pelo amor e por estar
sempre ao meu lado me apoiando

Ao meu filho, Enzo, que veio para me dar um
novo sentido para vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, por ter me dado uma família maravilhosa e por me abençoar todos os dias da minha vida.

À minha orientadora, Profa. Dra. Vivianne Peixoto da Silva, pelo acolhimento; pelas contribuições; por acreditar em mim e no meu projeto e principalmente pela amizade.

Aos Docentes do curso, pelos grandes momentos de aprendizado, conhecimento e ensinamentos.

Aos Docentes da minha banca de apresentação do projeto, qualificação e defesa, que contribuíram enormemente para a condução da escrita final dessa dissertação

Aos meus colegas de mestrado pelo companheirismo e troca de experiências, em especial a Mestra Ilda, pelo carinho, amizade e pela parceria e apoio durante toda a caminhada do mestrado.

Aos meus sogros, Walter e Elza, que sempre me incentivaram e me ajudaram muito nessa caminhada.

Aos participantes da pesquisa, sem os quais não teria sido possível a concretização do estudo

Por fim, agradeço a todos e todas que contribuíram direta e indiretamente e se fizeram presentes nesse momento tão importante da minha vida.

LISTA DE SIGLAS

ACT: Acordo de Cooperação Técnica

AGU: Advocacia Geral da União

APS: Atenção Primária em Saúde

CENEPI: Centro Nacional de Epidemiologia

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CNS: Conferência Nacional de Saúde

CNST: Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

CLT: Consolidação das leis do Trabalho

DESAP: Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor

DIRAS: Diretoria de Administração e Desenvolvimento de Programas Sociais

DIRQS: Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor

DISAO: Divisão de Saúde Ocupacional

DPF: Polícia Federal

DPRF: Polícia Rodoviária Federal

EAD: Educação a Distância

FAEPU: Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia

FUNDACENTRO: Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

GEISAT: Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador

GSISTE: Gratificação Temporária das Unidades dos Sistemas Estruturadores da Administração Pública Federal.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBAMA: Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis

IFES: Instituições Federais de Ensino Superior

IFET: Instituto Federal de Educação e Tecnologia do Triângulo Mineiro

INSS: Instituto Nacional de Seguro Social

MAPA: Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento

MPOG: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão

MT: Medicina do Trabalho

NAASS: Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor

NOST: Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

NOSS: Norma Operacional de Saúde do Servidor

OMS: Organização Mundial da Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

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

PDI: Plano de Desenvolvimento Institucional

PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSST: Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

PNSTT: Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PROGEP: Pró- reitoria de Gestão de Pessoas

PSF: Programa de Saúde da Família

PST: Programas de Saúde do trabalhador

RENAST: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores

RJU: Regime Jurídico Único

SESET: Setor de Engenharia de Segurança do Trabalho

SEADQ: Setor de Ações em Dependência Químicas

SIAPE: Sistema Integrado de Administração de Pessoal

SIAPS: Setor Integrado de ações de promoção à Saúde

SIASS: Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor

SIPEC: Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal

SISOSP: Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal

SO: Saúde Ocupacional

ST: Saúde do Trabalhador

SUS: Sistema Único de Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

TCLE: Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido

TEM: Ministério da Fazenda - Ministério do Trabalho e emprego

UFU: Universidade Federal de Uberlândia

UR: Unidade de Referência

VISAT: Vigilância em Saúde do Trabalhador

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Critério para a constituição das Unidades da Rede SIASS segundo a cobertura e equipe mínima	23
Tabela 2: Constituição da UR Tipo I da Rede SIASS	24
Tabela 3: Constituição da UR Tipo II da Rede SIASS.....	24
Tabela 4: Constituição da UR Tipo III da Rede SIASS	25
Tabela 5: Constituição da UR Tipo IV da Rede SIASS	26
Tabela 6: Constituição da UR Tipo V da Rede SIASS	27
Tabela 7: Dimensionamento da Rede SIASS no país.....	27
Tabela 8: Estrutura da DIRQS segundo os setores e número de servidores.....	39
Tabela 9: Apresentação dos instrumentos de coleta de dados utilizados, separados por número de participantes e setores envolvidos.	40
Tabela 10: Tempo de atuação na área de Saúde	42
Tabela 11: Tempo de atuação na DIRQS em ações de Saúde do Trabalhador.	43
Tabela 12: Atuação em ações de Saúde do Trabalhador antes da DIRQS	43
Tabela 13: Carga semanal de trabalho na DIRQS	44
Tabela 14: Atuação em outras instituições ou serviços	45
Tabela 15: Distribuição de pós-graduação cursada pelos participantes do estudo segundo os modelos: Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Organograma da Diretoria de Administração e Desenvolvimento de Programas Sociais (DIRAS).....	29
Figura 2: Organograma da Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS)	31
Figura 3: Organograma da Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS) após implantação do SIASS.....	32
Figura 4: As potencialidades dos setores e respectiva frequência/ocorrência, na realização das ações desenvolvidas pelos mesmos.....	47
Figura 5: Dificuldades/desafios enfrentados pelos setores e respectiva frequência/ocorrência na realização das ações desenvolvidas pelos mesmos.....	47
Quadro 1: Comparativo entre a visão da gestão e a visão dos servidores subordinados, expresso nos núcleos das categorias temáticas.....	74

RESUMO

O Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) criado no ano de 2009 apresenta-se como a primeira política voltada aos servidores públicos federais e, desperta a atenção por ter partido do Ministério do Planejamento, denominado MPOG à época da publicação, e pela adoção dos princípios do SUS e termos próprios do campo Saúde do Trabalhador em seu texto, tais como “vigilância em ambientes e processos de trabalho, organização do trabalho”, dentre outros. Tal mudança de modelo requereu dos profissionais, além do novo desenho do setor, uma mudança no “fazer” de suas ações. Nesse enfoque, o estudo objetivou analisar a percepção dos trabalhadores da DIRQS sobre Saúde do Trabalhador na lógica do SIASS. Empregou-se a junção das pesquisas quali-quantitativa com abordagem analítica e descritiva, cujos instrumentos de coleta de dados foram: entrevista semi-estruturada com os gestores; grupo focal com servidores subordinados dos setores envolvidos e, questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores referente à formação, capacitação e dados sócio-demográficos aplicado a todos os participantes da pesquisa. O campo de pesquisa foi a Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) em Minas Gerais, inserida no SIASS desde 2010. Os resultados evidenciaram que as práticas da DIRQS retrata os moldes da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, cujo sistema operante gira em torno de perícias e exames admissionais e demissionais, devido as deficiências teórico-práticas advindas da formação graduada das equipes; a formação pós-graduada que, em sua maioria permeia os modelos da MT e SO e, a inexistência de treinamentos, capacitação e educação continuada, o que poderia, no limite, preencher as lacunas acerca do termo ST. Ademais, a lógica prescrita pela política do SIASS encontra-se distante do trabalho executado pelos servidores ao apontarem fragilidades como: implantação parcial da política; distanciamento do governo; insuficiência de recursos humanos e materiais; perda de autonomia e impossibilidade de acesso aos dados dos servidores após inserção na plataforma do governo. Como potencialidades do SIASS, apresentam-se com maior relevância as normatização e padronização dos procedimentos; ampliação do espaço físico; aquisição de equipamentos e aumento no número de recursos humanos. Pôde-se inferir que, apesar de serem políticas distintas, o SIASS assim como as duas políticas de ST (PNSST e PNSTT) têm em comum seu texto rico e abrangente em termos de vigilância e saúde voltada aos trabalhadores, porém, na prática, não são integralmente operacionalizadas pela DIRQS/UFU reconhecida como referência nacional para a construção da política, o que não difere de outras unidades do país.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor. Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Serviço Público Federal.

ABSTRACT

The Integrated Server Health Attendance Subsystem (SIASS) created in 2009 presents itself as the first policy aimed at federal civil servants, and awakens the attention for starting with the Ministry of Planning, called MPOG at the time of publication, and by adopting the principles of the SUS and terms specific to the field of Worker's Health in its text, such as "surveillance in work environments and processes, work organization", among others. Such a change of model required the professionals, besides the new design of the sector, a change in the "doing" of their actions. In this approach, the study aimed to analyze the perception of the DIRQS workers' health in the SIASS logic. The qualitative-quantitative research was combined with an analytical and descriptive approach, whose instruments of data collection were: semi-structured interview with the managers; focal group with subordinate servants of the sectors involved, and a structured questionnaire prepared by the researchers regarding training, training and socio-demographic data applied to all the participants of the research. The field of research was the Director of Quality of Life and Health of the Server (DIRQS) of the Federal University of Uberlândia (UFU) in Minas Gerais, inserted in SIASS since 2010. The results showed that the practices of the DIRQS portray the molds of occupational health and occupational health, whose operating system revolves around admission and exams, due to the theoretical and practical deficiencies of the graduated training of the teams; postgraduate training that mostly permeates the TM and SO models, and the lack of training, training and continuing education, which could, in the limit, fill the gaps around the term ST. In addition, the logic prescribed by the SIASS policy is far from the work performed by the servants in pointing out weaknesses such as: partial implementation of the policy; distancing from government; insufficient human and material resources; loss of autonomy and impossibility of access to the data of the servers after insertion in the platform of the government. As potentialities of SIASS, the standardization and standardization of procedures are more relevant; expansion of physical space; acquisition of equipment and increase in the number of human resources. It could be inferred that, although they are distinct policies, SIASS as well as the two TS policies (PNSST and PNSTT) have in common their rich and comprehensive text in terms of health surveillance and health for workers, but in practice, are fully operational by DIRQS / UFU recognized as a national reference for the construction of the policy, which is not different from other units in the country.

Key words: Worker's health. Integrated Server Health Attendance Subsystem. Health policy, Planning and Management. Federal Public Service.

Sumário

INTRODUÇÃO	14
REFERENCIAL TEÓRICO	16
Campo Saúde do Trabalhador: breve contextualização	16
Políticas públicas em Saúde do trabalhador.....	20
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS.....	21
Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor - DIRQS e a lógica do SIASS	28
OBJETIVOS	36
Objetivo Geral.....	36
Objetivos Específicos	36
METODOLOGIA.....	37
RESULTADOS	42
DISCUSSÃO	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
Apêndice 1	93
Apêndice 2	94
Apêndice 3	95
Apêndice 4	97
Anexo 1	99

INTRODUÇÃO

Sou Engenheiro Agrícola formando na Universidade Federal de Lavras (UFLA), especialista em Engenharia de Segurança do Trabalho e atuo como servidor na Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) desde 2012, onde exerço cargo de Engenheiro de Segurança do Trabalho. A minha atuação tem como objetivo proporcionar saúde e condições adequadas de trabalho aos trabalhadores do serviço público.

Porém, desde o meu ingresso na DIRQS observei que, apesar de estarmos em uma Diretoria de qualidade de vida e saúde, boa parte dos seus servidores não têm uma visão clara sobre Saúde do Trabalhador (ST) embora este termo seja utilizado pela política do Subsistema Integrado de Saúde do Servidor (SIASS), que rege as ações da DIRQS. Tal fato despertou-me o interesse em pesquisar a respeito. Deste modo, eis aqui o ponto inicial da problemática do estudo.

O campo de saberes e práticas em ST, embora ainda não esteja totalmente consolidado e, seja retratado por alguns autores como um campo em construção (Mendes e Dias 1991; Lacaz, 1996, 2007, 2016; Minayo Gomes, Machado e Pena, 2011; Lacaz, Vechia e Silva, 2017), teve sua origem em um momento histórico marcado pelo movimento social na década de 1970, concomitante ao movimento pela reforma sanitária, aliado à insuficiência dos modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, de enfoque mecanicista e reducionista da saúde em detrimento do capital, porém, só foi instituído enquanto campo em 1990, ao ser inserido como atribuição e competência do SUS quando de sua criação, pela Lei Orgânica em Saúde (LOS) nº 8.080/1990 (BRASIL/MS, 1990).

Cabe ressaltar a existência de experiências anteriores que, embora limitadas e isoladas, consistiram em exemplos exitosos de ações em ST, como os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) que tiveram início em algumas cidades de São Paulo e consistiram na articulação entre as informações colhidas na assistência para planejamento de intervenções nos locais de trabalho mediante ações de vigilância, já sugerindo o cumprimento do princípio da integralidade posteriormente assumido pelo SUS (LACAZ, 1996).

Para que o cuidado com a saúde do servidor seja efetivo, está previsto no SIASS a criação de Unidades de Referência (UR) em regiões e estados da federação. No estado de Minas Gerais a DIRQS no âmbito da UFU, é uma dessas referências como responsável pela

utilização e alimentação do referido sistema. Nesse contexto, torna-se relevante compreender as percepções sobre ST e as ações realizadas pela DIRQS a partir da lógica do SIASS.

Parece-nos que a articulação em “sistema” garantiria a efetividade da vigilância em ST por meio de serviços, projetos e programas, ao passo que a prevalência de ações isoladas, desenvolvidas por setores específicos na perspectiva hegemônica profissional e departamental, que não dialogam no processo de construção, execução e avaliação das ações em Saúde do Trabalhador, pode repercutir a não efetividade ou não ação. Dessa forma, o estudo questiona se o modo como diferentes profissionais atuam na DIRQS interfere na efetividade das ações propostas, ou seja:

- 1- A formação e a capacitação da equipe no que se refere ao entendimento da relação saúde-trabalho tem relação com a forma de atuação?
- 2- Antes ou após implantação do SIASS pelo Ministério do Planejamento houve treinamento/capacitação da equipe e, se houve, de que forma? Será que foi suficiente e efetiva?

Neste sentido, o presente estudo pretende estudar a DIRQS e desvelar as percepções dos seus servidores sobre ST inseridos na lógica do SIASS e as ações realizadas nessa diretoria. Este processo de escuta ampliada ensejará a valorização das experiências positivas e fragilidades apontadas pelos trabalhadores e contribuirá para que as atividades desenvolvidas no e pelo setor possam ser repensadas ou adaptadas.

REFERENCIAL TEÓRICO

Campo Saúde do Trabalhador: breve contextualização

Desde a antiguidade existem relatos sobre o trabalho e sua relação com a saúde-doença, mas foi na Revolução Industrial que essa relação se intensificou. No regime escravocrata ou no servil inexistia a preocupação do adoecimento da mão de obra, ou seja, não havia a preocupação em proteger a saúde da força de trabalho. Desde a idade média o trabalho era visto e entendido como castigo ou estigma: “tripaliu”, palavra do latim que significava instrumento de tortura formado por três (tri) paus (paliu), termo este que deu origem a palavra Trabalho (NOSELA, 1989).

Antes de tudo, vamos ver o conceito de trabalho conforme Mark (2011):

“Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participa o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza.... Põe em movimento as forças naturais de seu corpo – braços e pernas, cabeça e mãos –, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza “(MARX, 2001, p. 211).

Com a Revolução, o trabalhador denominado “livre” para negociar a sua mão de obra tornou-se vítima das máquinas e dos seus ritmos, das regras do sistema produtivo que visavam a grande exigência de acúmulo de capital no menor espaço de tempo e o aproveitamento máximo das máquinas antes da obsolescência (MINAYO-GOMEZ e THEDIN-COSTA, 1997).

As extenuantes jornadas em locais sem condições higiênico-sanitárias e de trabalho expunham igualmente homens, crianças e mulheres que se aglomeravam nos espaços fabris, o que favorecia a disseminação das doenças infectocontagiosas e, concomitantemente, com a periculosidade dos equipamentos e maquinário capazes de mutilar e provocar morte (MINAYO-GOMEZ e THEDIN-COSTA, 1997).

Na perspectiva de atenuar os adoecimentos e acidentes ocorridos nas fábricas e manter a produtividade/lucratividade do capital, surge o modelo denominado medicina do trabalho. Segundo Mendes e Dias (1991) foi na Inglaterra metade do século XIX, com a revolução industrial que a medicina do trabalho surgiu com uma especialidade médica,

essa especialidade tem como pilar fundamental a atividade médica “in loco”, ou seja, suas ações se dão tipicamente nos locais de trabalho.

De acordo com Mendes e Dias (1991) a Saúde Ocupacional, surgiu principalmente, dentro dos ambientes das grandes fábricas, com foco na multi e interdisciplinaridade, tendo como organização central equipes multi-profissionais, essas equipes tem como ênfase a higiene industrial. A Saúde Ocupacional além do médico incorpora outros profissionais das áreas de saúde e exatas, com objetivo de atuar no ambiente de trabalho, principalmente nas condições ambientais, através de instrumentos e equipamentos de mensuração que estabelecem limites de tolerância para exposição aos agentes de risco.

A insuficiência desses modelos aliada a outros fatores histórico-político-sociais corroborou com a necessidade de um novo modelo, cujos saberes e práticas se voltassem para o trabalhador enquanto sujeito ativo, e que, portanto, deveria ter protagonismo nas discussões que emanam as relações saúde-trabalho.

Na década de 80 a ST começa a tomar corpo, tentando romper com as modelos existentes até então, de abordar os acidentes ocupacionais e as doenças. *“O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho”*. (MENDES E DIAS, 1991, p 347)

Saliente-se que a constituição do campo de práticas e saberes ST é contemporâneo à formulação do modelo explicativo da determinação social do processo saúde- doença pela saúde coletiva (LACAZ, 1996).

A explicitação do papel exercido pelo trabalho na determinação contribuiu para questionar os modelos explicativos adotados pela medicina do trabalho e Saúde ocupacional, que são considerados parciais, ideologizados, sendo, por isso, motivo de denúncia por parte do movimento sindical ao não responderem as necessidades da saúde das classes trabalhadoras (MENDES E DIAS, 1991, LACAZ, 1996)

Influenciadas por tais questões as propostas de organização de serviços de atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública, os programas de Saúde do trabalhador (PST) datam do ano de 1984, tendo surgido inicialmente em São Paulo e, posteriormente, adotado por outros estados como Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Bahia (CORRÊA, PINHEIRO E MERLO, 2013).

Ressalte-se que os PST inovam e abordam a clientela de trabalhadores a partir de sua inserção no processo produtivo, portanto, como produtores, mediante a anamnese e história

profissional, e não mais como meros consumidores de receitas, consulta e condutas médicas, como até então eram vistos pelos serviços de saúde (FREITAS, LACAZ E ROCHA, 1985; CORRÊA, PINHEIRO E MERLO, 2013)

Nessas experiências, os serviços de saúde pública começam a nuclear articulação entre as ações de assistência e vigilância [...] dos ambiente e locais de trabalho, envolvendo uma atuação interinstitucional que engloba órgãos da esfera federal[...] em nível dos estados e a Universidade, com abertura para a participação e a gestão dos sindicatos (LACAZ, 1997, p 9)

Com a Reforma Sanitária, a discussão de todo esse processo culmina com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde-CNS (BRASIL/MS, 1986). Em desdobramento desta, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST, na qual de maneira mais enfática, aprece em pauta inserção da ST como conhecimentos e práticas a serem desenvolvidos no SUS (BRASIL, 1987)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir da constituição Federal de 1988 e promulgado como a Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 1990, que representa um grande avanço para a sociedade brasileira como um todo, pois objetiva promover, proteger, prevenir, assistir e recuperar a saúde da população, sendo a vigilância em saúde um elemento primordial para o cumprimento deste propósito. Dessa maneira, como área intrínseca da saúde pública brasileira e constituinte do SUS, a vigilância em ST possui características específicas e peculiaridades na sua história, que a torna além de um campo de política de saúde, em um objeto de estudos acadêmicos (COSTA LEÃO, 2011).

Nesse mesmo contexto Paraná (2017) afirma que:

“A partir do Sistema Único de saúde (SUS) os serviços de saúde pública tem primado suas ações por meio do desenvolvimento de sistemas de informações [...]. Na área de saúde do trabalhador as informações são escassas com estimativas a partir de dados da Previdência Social, por meio da comunicação de acidente de trabalho (CAT) sendo pouco abrangente e não consegue apreender dados precisos da questão, pois tem o caráter de seguridade especialmente para trabalhadores formalmente vinculados ao mercado de trabalho. Mesmo nestes há subnotificação, principalmente em doenças relacionadas ao trabalho que acabam não sendo diagnosticadas como tal. Outro agravante de subnotificação é o trabalho informal que oculta os acidentes, morte e invalidez.” (PARANÁ, 2017)

Conforme portaria 2.472 de 2010 que revogou a portaria 777 de 2004 exige que seja feita as notificações compulsórias dos acidentes de trabalho. Apesar das portarias exigirem tais notificações de agravos referentes a saúde do trabalhador, além disso também existem as

subnotificações que, ocorrem em boa parte pela falta de capacitação dos profissionais ou, por interesses escusos da gestão pública de saúde. Essas subnotificações tornam difícil o acompanhamento do perfil epidemiológico dos trabalhadores.

Para o SUS, trabalhador é toda pessoa que exerce uma atividade para o sustento do próprio ou de sua família, independentemente de ter carteira assinada ou não. São considerados trabalhadores os que recebem salário, trabalham por conta própria, servidores públicos, cooperativos, estagiários, aprendizes, pequenos empregadores, os que estão involuntariamente fora do mercado de trabalho como os desempregados e aposentados, e aqueles que trabalham ajudando outro membro da família, mesmo sem receber salário. Todas essas pessoas podem apresentar problemas de saúde provocados pelo trabalho que exercem ou já exerceram. (MINAS GERAIS, 2015).

Como objetivos, a ST contempla a promoção e proteção por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e nas condições de trabalho, bem como a organização e a prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimento de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integradas no SUS (MINAS GERAIS, 2015).

Assim, se, por um lado, ST ganha contornos mais definidos no que se refere à sua base legal, por outro, quanto à sua implantação no SUS, há dificuldade ou mesmo inviabilidade, pelo acirramento das propostas contra-reformistas decorrente do projeto neoliberal e da difícil conjuntura da crise econômica e social e de seus reflexos sobre o mundo do trabalho (CORRÊA, PINHEIRO E MERLO, 2013)

“[...] Persistência do modelo assistencial centrado na consulta médica individual em detrimento das ações coletivas, insuficiência ou inexistência quantitativa e qualitativa das ações de promoção e proteção da saúde (mesmos restritas à vigilância da saúde); indefinição e/ou duplicidade de atribuições tanto no interior do SUS e entre as instituições governamentais particularmente com o MTB, reflexo da falta de políticas institucionais em estabelecidas; carência e despreparo dos recursos humanos para abordagem das questões de saúde dos trabalhadores, informações insuficientes, inacessíveis, ágeis, dificuldades para implementação de uma real e efetiva participação dos trabalhadores” (DIAS, 1994, p 97)

Em 1998 também foi criada a portaria 3908 do Ministério da Saúde, de 30 de outubro de 1998, na época ficou denominada como a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador- (NOST/SUS), que estabeleceu as atribuições e responsabilidades para direcionar e preparar as ações de ST rural e urbano, levando em consideração as diferenças entre homens e mulheres,

a serem elaboradas e implementadas pelas secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 1998).

A saúde no ambiente de trabalho é uma preocupação para milhões de trabalhadores em todo o mundo, mas o tema se expande para além do indivíduo e sua família. A questão é de suma importância para a produção, competição e sustentabilidade das empresas e de suas comunidades, bem como para as economias regionais e nacionais. (OMS, 2010).

Conforme a OMS (2010), estima-se que atualmente dois milhões de pessoas morrem a cada ano, em decorrência de acidentes de trabalho e de doenças ou lesões referentes ao trabalho. Cerca de 268 milhões de acidentes não fatais que ocasionam em média três dias de afastamento, e 160 milhões de novos casos de doenças ocupacionais acontecem a cada ano.

Políticas públicas em Saúde do trabalhador

O Governo no sentido de implementar ST em âmbito nacional publicou recentemente a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), pelo Decreto Presidencial nº 7.602, de 07 de novembro de 2011, que representa um marco histórico pela abordagem interministerial (BRASIL/MS, 2011). Pela primeira vez um documento oficial elucida a intersectorialidade e 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/MS, 2011).

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/MS, 2011).

Já em 2012, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), através da Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012)

Segundo Vasconcelos (2013), quando o Estado Brasileiro edita essas duas políticas a PNSST e a PNSTT, ele admite seu propósito de não ter nenhuma política de Estado para a área da ST. “*Quem tem duas não tem uma.*”. Isso comprova que se concebe uma coisa com o SUS e outra coisa no SUS. Fica evidente a falta de política de Estado, visto que ela oscila, segmenta, mostrando um Estado dividido e atrapalhado em assumir uma direção nas suas estruturas

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS

Desde 2007 estabeleceu-se um pacto para a criação e implementação de uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), apoiada por um sistema de informação em saúde do servidor, com sólida base legal, uma rede de unidades e serviços e a garantia de recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos.

No que se refere a uma “Política Nacional” que abranja servidores públicos federais o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) instituiu em 2009 o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor, com a publicação do Decreto 6.833 de 29/04/2009 (BRASIL, 2009a)

As ações do SIASS conforme o decreto 6833/2009 são:

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

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

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

Para alcance destes objetivos desenvolveu-se um sistema informatizado, denominado Sistema Integrado de Administração de Pessoal - SIAPE- SAÚDE, por meio do qual é possível o “registro dos profissionais envolvidos com a perícia, licenças e avaliações realizadas, considerando as informações individuais do servidor”, com vistas ao estabelecimento de um consolidado das informações pelo MPOG, de forma descentralizada e estruturada por módulos: Perícia Oficial, Exames Periódicos de Saúde, Promoção e

Vigilância, Investidura em Cargo Público e Informações Gerenciais. Saliente-se que o manual operacional do SIAPE-SAÚDE publicado em 2010, refere-se a esse sistema como uma ferramenta capaz de elucidar questões relativas ao processo saúde-doença e sua relação com o trabalho na medida em que permite a outros setores da administração pública como Unidades de Saúde, RH, chefias imediatas, e o próprio MPOG acompanhar as questões relativas à saúde do servidor público e sua relação com ambientes processo e condições de trabalho. (LACAZ, VECHIA E SILVA, 2017).

Ainda nessa direção, destaca-se a Portaria Normativa 3/2010 publicada pelo MPOG, que estabelece orientações sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS), 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 de órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal (SIPEC)” (BRASIL/MPOG, 2010b, p.1) Em seu texto, são abordados importantes conceitos no tocante às necessidades de ST, que embora rasos no momento de sua publicação, representam avanços para uma política inovadora. Dentre eles, merece destaque a abordagem da Organização do Trabalho, Processo de Trabalho e Vigilância em Saúde do Servidor (LACAZ, VECHIA E SILVA, 2017).

Através do SIASS a temática da saúde dos trabalhadores regidos pelo Regime jurídico único (RJU) toma relevância, ao propor medidas de assistência, proteção e promoção a saúde que até então eram esquecidas ou negligenciadas, e também com o advento do SIASS é que a saúde e segurança do trabalho passam a ter um papel de destaque dentro das IFES.

Dentre as diretrizes traçadas, chamam a atenção os termos e definições utilizados: “Universalidade e equidade; Integralidade das ações; Acesso à informação; Participação dos Servidores; Regionalização e descentralização; Intra e intersetorialidade; Co-gestão; Embasamento Epidemiológico; Formação e capacitação; e Transdisciplinaridade”, diretrizes estas, coincidentes com os princípios do SUS.

Outros termos que merecem atenção no texto da referida política, são os termos e princípios próprios da ST definidos pelo SUS como é o caso da vigilância dos processos e ambientes de trabalho.

Segundo Sato, Lacaz e Bernardo (2006) a vigilância em Saúde do Trabalhador deve ser composta por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, engenheiros de segurança, psicólogos, assistências sociais, dentista entre outros. Além disso, deve contar com a participação dos servidores que contribuirão na identificação dos riscos e

na elaboração de medidas de prevenção e/ou correção dos fatores que podem desencadear acidentes ou agravos relacionados às atividades desempenhadas.

A vigilância em Saúde do Trabalhador precisa ir além de uma ação pontual, sendo assim uma ação ampliada, pois conhecer a dinâmica dos processos e condições de trabalho e as condições de vida do servidor, possibilitando a compreensão do processo de saúde e adoecimento dos profissionais da instituição. Havendo a necessidade de acompanhar e valorizar os profissionais para que estes não sejam vistos apenas como “objeto” que sofreu uma intervenção decorrente do processo de trabalho.

Nessa vertente, a criação do SIASS se deu pela urgência de responder por intervenções em saúde e segurança no trabalho do servidor público federal em articulação multiprofissional e em consonância com o ambiente e processos de trabalho passíveis de intervenção.

Para tal, o Ministério do Planejamento através do seu Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor (DESAP), fez uma proposta inicial para estruturação da Rede SIASS, apontando a criação de 5 tipos de Unidades de Referencias segundo a cobertura de servidores conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1: Critério para a constituição das Unidades da Rede SIASS segundo a cobertura e equipe mínima

Critério segundo abrangência das Unidades	
Unidade SIASS Tipo I	de 150 a 700 servidores
Unidade SIASS Tipo II	de 701 a 15.00 servidores
Unidade SIASS Tipo III	de 1.501 a 3.000 servidores
Unidade SIASS Tipo IV	de 3.001 a 5.999 servidores
Unidade SIASS Tipo V	> 6.000 servidores

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores a partir dos dados do DESAP 2012

Considerando as diferentes naturezas e ambientes, organizações dos órgãos e a necessidade de fortalecer as ações de promoção e de vigilância dos ambientes de trabalho, o DESAP sugeriu uma relação de profissionais/número de servidores, como segue.

Unidade de Tipo I: equipe mínima de 6 profissionais que realização ações de perícia em saúde, apoiadas por 2 profissionais de promoção, prevenção e vigilância conforme a tabela 2.

Tabela 2: Constituição da UR Tipo I da Rede SIASS

Nº de Profissionais	Cobertura 150 a 700 servidores	Total de Profissionais
2	Administrativo nível intermediário	06
1	Médico Perito	
1	Médico do trabalho	
2	Profissionais da Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho	

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores a partir dos dados do DESAP 2012

Unidade de Tipo II: equipe mínima de 9 profissionais que realização ações de perícia em saúde, apoiadas por 4 profissionais de promoção, prevenção e vigilância conforme a tabela 3.

Tabela 3: Constituição da UR Tipo II da Rede SIASS

Nº de Profissionais	Cobertura 701 a 1500 servidores	Total de Profissionais
2	Administrativo nível intermediário	09
2	Médico Perito	
1	Médico do trabalho	
1	Profissional de saúde a escolher nível intermediário	
3	Profissionais da Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho	

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores a partir dos dados do DESAP 2012

Unidade de Tipo III: equipe mínima de 20 profissionais que desenvolverão ações tanto no campo da perícia em saúde, quanto na promoção, prevenção e vigilância, com suas ações apoiadas por 4 profissionais de promoção, prevenção e vigilância conforme a realidade de trabalho dos órgãos conforme a tabela 4.

Tabela 4: Constituição da UR Tipo III da Rede SIASS

Nº de Profissionais	Cobertura 1501 a 3000 servidores	Total de Profissionais
3	Administrativo nível intermediário	
4	Médico Perito	
1	Médico do trabalho	
1	Odontólogo (cirurgião –dentista)	
1	Assistente de Saúde Bucal	
1	Assistente Social	
1	Enfermeiro	20
1	Psicólogo	
1	Eng. de Seg. do Trabalho	
1	Técnico de enfermagem	
1	Técnico em Seg. do Trabalho	
3	Profissionais da Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho	

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores a partir dos dados do DESAP 2012

Unidade de Tipo IV: equipe mínima de 29 profissionais que desenvolverão ações tanto no campo da perícia em saúde, quanto na promoção, prevenção e vigilância, com suas ações apoiadas por 5 profissionais de promoção, prevenção e vigilância conforme a realidade de trabalho dos órgãos conforme a tabela 5.

Tabela 5: Constituição da UR Tipo IV da Rede SIASS

Nº de Profissionais	Cobertura 3001 a 5999 servidores	Total de Profissionais
5	Administrativo nível intermediário	29
6	Médico Perito	
1	Médico do trabalho	
1	Odontólogo (cirurgião –dentista)	
1	Assistente de Saúde Bucal	
2	Assistente Social	
2	Enfermeiro	
2	Psicólogo	
1	Psiquiatra	
1	Eng. de Seg. do Trabalho	
1	Técnico de enfermagem	
1	Técnico em Seg. do Trabalho	
5	Profissionais da Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho	

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores a partir dos dados do DESAP 2012

Unidade de Tipo V: equipe mínima de 38 profissionais que desenvolverão ações para além da perícia em saúde, tendo uma atuação de excelência nas áreas de promoção, prevenção e vigilância, com suas ações apoiadas por 6 profissionais de promoção, prevenção e vigilância conforme a realidade de trabalho dos órgãos conforme a tabela 6.

Tabela 6: Constituição da UR Tipo V da Rede SIASS

Nº de Profissionais	Cobertura >6000 servidores	Total de Profissionais
7	Administrativo nível intermediário	38
7	Médico Perito	
2	Médico do trabalho	
1	Odontólogo (cirurgião – dentista)	
1	Assistente de Saúde Bucal	
2	Assistente Social	
2	Enfermeiro	
1	Enfermeiro do trabalho	
2	Psicólogo	
2	Psiquiatra	
2	Eng. de Seg. do Trabalho	
1	Técnico de enfermagem	
2	Técnico em Seg. do Trabalho	
6	Profissionais da Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho	

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores a partir dos dados do DESAP 2012

Em 2012 o MPOG também propôs um dimensionamento da Rede SIASS pelo país, a partir de levantamentos realizados pela equipe do DESAP, elaborando uma sugestão de dimensionamento da Rede conforme apresentado na tabela 7

Tabela 7: Dimensionamento da Rede SIASS no país

Região	Unidades existentes	Unidades Previstas
Centro Oeste	15	11
Nordeste	24	26
Norte	16	18
Sudeste	17	38
Sul	09	22
Total*	81	115

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores a partir dos dados do DESAP 2012

*Cumprir saber que o banco de dados do ministério do Planejamento não dispõe de dados atualizados em relação dos números de UR's pelo Brasil até o momento da pesquisa.

Ao longo do tempo, foram definidas intervenções em saúde com recursos financeiros, estruturas físicas e organizacionais e critérios periciais muitodiversos, com potenciais e obstáculos desconhecidos pela Administração Pública (SIAPENET, 2017)

Algumas desigualdades ficaram evidentes, como exemplo, o subsídio relativo à saúde suplementar, ou seja, ao mesmo tempo em que alguns órgãos subsidiavam valores significativos para planos especiais de saúde, outros órgãos, não possuíam nenhum tipo de auxílio. No entanto, a ausência de um sistema de informações que comunicasse os agravos à saúde – licenças médicas, acidentes de trabalho, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais – inviabilizou a criação do perfil de adoecimento dos servidores públicos e atrapalhou o real dimensionamento das questões relativas à saúde do servidor. (SIAPENET, 2017)

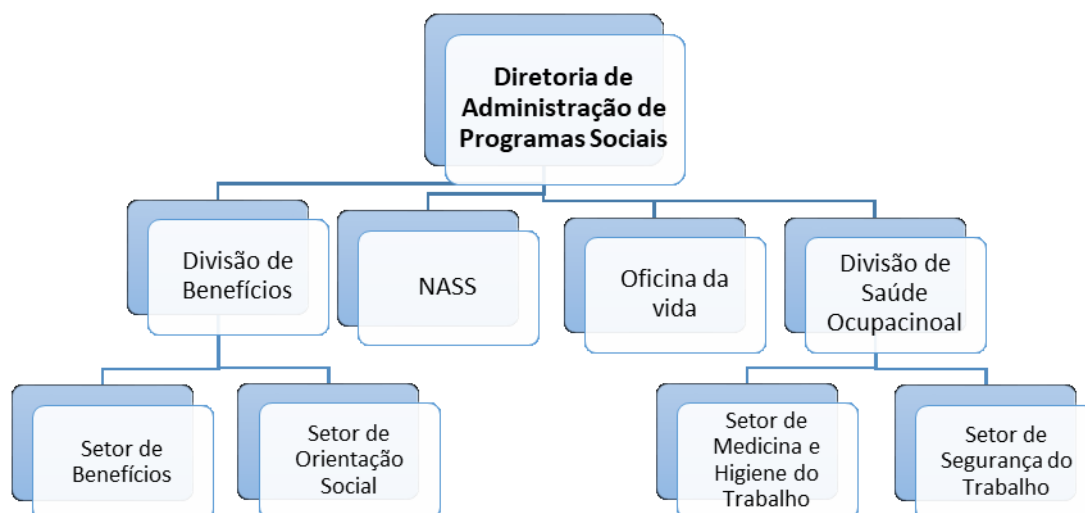
Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor - DIRQS e a lógica do SIASS

Os servidores públicos federais investidos através de concurso público são regidos pelo RJU, legalizado pela Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990 que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Essa legislação possui normativas que garantem vários direitos aos servidores que envolvem a saúde tais como: aposentaria especial decorrente de problemas de saúde, licença médica no caso de adoecimento, direito a indenização por trabalhar em ambientes considerados de insalubridade, entre outros (BRASIL, 1990)

Uma vez que a saúde é entendida como direito dos trabalhadores regidos pelo RJU, conforme já descrito, são criados programas específicos para garantia e execução de ações a este respeito.

Nessa visão até 2005, a Pró-reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP) antiga Pró - Reitoria de Recursos Humanos da UFU tinha na sua composição 5 diretorias, dentre elas a Diretoria de Administração e Desenvolvimento de Programas Sociais (DIRAS), como mostra a Figura 1 (UFU- PROGEP). Essa Diretoria tinha uma formação composta de 4 gerências, a saber: Divisão de benefícios composta de 2 setores, um setor exclusivo de benefícios, um de orientação social; o Núcleo de atenção à saúde do servidor (NAASS), a Oficina da vida (um programa de atenção à dependência química) e, por último o setor de Divisão de saúde ocupacional com 2 setores, um de Segurança do trabalho e outro de Medicina e higiene do trabalho. (DINIZ, ALMEIDA e CARRIJO, 2008)

Figura 1: Organograma da Diretoria de Administração e Desenvolvimento de Programas Sociais (DIRAS).



Fonte: Pró-reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP), elaborado pelos autores.

Os setores supracitados eram compostos por diversos profissionais, como: assistente social, psicólogo, médico, enfermeiro, fisioterapeuta, engenheiro de segurança, nutricionista, auxiliar de enfermagem, sanitarista, técnico de segurança, médico do trabalho que, atuavam de forma isolada e com pouca participação nas decisões gerenciais. A grande maioria dos programas possuía origem nas atividades de saúde e segurança no trabalho, uma visão higienista, com pouquíssima prática de problematização coletiva com os servidores. O trabalho tinha suas ações de modo estanque em cada divisão e setor, com escassas ações intersetoriais, cuja ênfase era na assistência e limitadas em qualidade e em baixo número das ações de promoção e prevenção em saúde. (DINIZ, ALMEIDA e CARRIJO, 2008)

Em decorrência disso, as atividades eram realizadas de modo burocratizado, com vários momentos de retrabalho em comparação às demais áreas da própria diretoria e da PROGEP, com isso os servidores eram penalizados, especialmente nas ações de concessão de benefícios. Na antiga DIRAS, não havia entendimento e percepção do conceito de trabalho e de saúde de uma forma mais abrangente com o enfoque na qualidade de vida e no biopsicossocial. Em alguns casos as relações interpessoais eram divergentes e se caracterizavam em disputas internas de poder. Existia uma enorme insatisfação dos usuários

externos quanto à qualidade e resolubilidade dos serviços prestados pelo setor (DINIZ, ALMEIDA e CARRIJO, 2008)

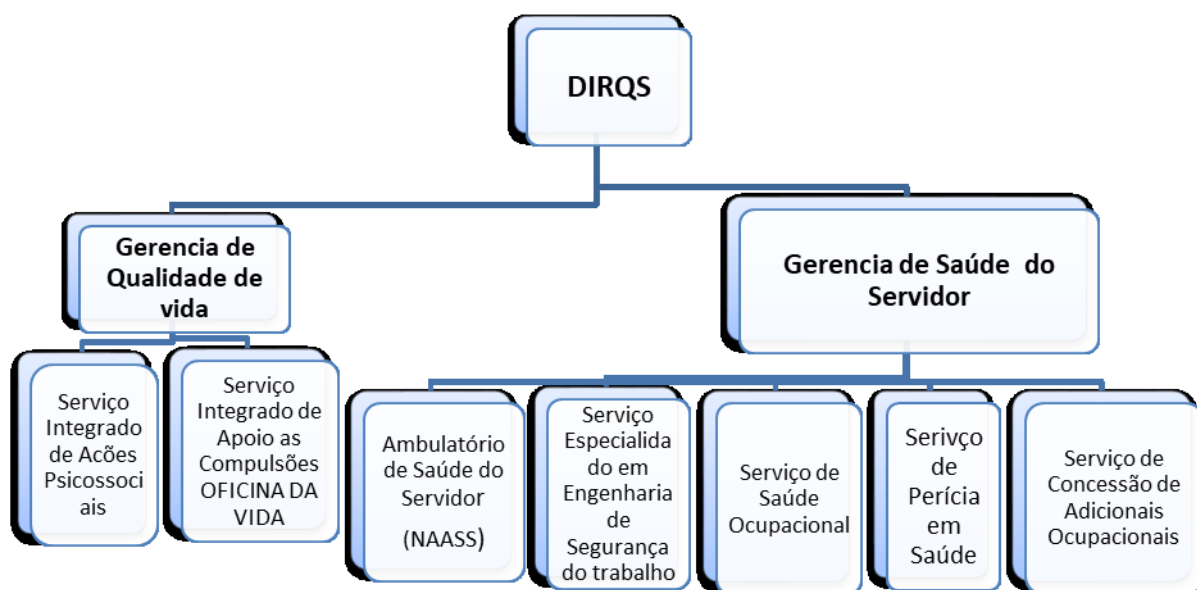
Ainda segundo os autores, a estrutura existente naquela época atendia às demandas, dentro de uma sistemática cartesiana de trabalho, centralizada no padrão médico assistencial, contudo, tornou-se antiquada pelas novas alterações do mercado do trabalho, do crescimento da consciência de cidadania, bem como dos atuais cenários das práticas e modelos de atenção em saúde pública advindos da consolidação do SUS.

Diante do exposto em março de 2005, com a mudança da gestão da UFU e o realinhamento do seu Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) a antiga DIRAS foi transformada na Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS) com o intuito de atender as novas demandas e desafios com os seguintes objetivos:

1. Planejar, implementar, promover e gerenciar ações de atenção integral à saúde e a qualidade de vida dos servidores da UFU, Fundações de Apoio e comunidade universitária tendo como foco especial a saúde e segurança do trabalhador da UFU;
2. Promover uma nova abordagem para as ações de qualidade de vida e Saúde do Trabalhador com uma visão integrada, holística do ser humano, incluindo qualidade das relações de trabalho e suas consequências na saúde das pessoas e da Instituição;
3. Consolidar e ampliar os programas de controle e de prevenção da saúde do servidor, visando a aderência ao tratamento e consequente melhoria da qualidade de vida e diminuição dos índices de absenteísmo no trabalho
4. Reorganizar os processos de trabalho, priorizando o atendimento com qualidade ao servidor e com visão de Saúde Pública deslocando-se do eixo central do médico para uma equipe multiprofissional;
5. Traçar o caminho arquitetando um movimento para tornar visível o que é invisível possibilitando a construção de postura crítico-reflexiva quanto à importância da qualidade de vida no âmbito individual e coletivo por meio de uma gestão de pessoas orientada pelo respeito às diferenças individuais para o melhor desenvolvimento das pessoas e do trabalho na instituição,
6. Buscar a responsabilização e compartilhamento dos saberes entre usuários e trabalhadores, valorizando os fatores de competência e proteção dos sujeitos, com menor foco nos problemas e levando em conta as diferenças;
7. Desenvolver maneiras de encarar as necessidades e a subjetividade dos trabalhadores através de ampliação dos espaços para a fala, tempo para rever as práticas adotadas, suporte social para o enfrentamento das dificuldades e carências vivenciadas pelos usuários em especial para os trabalhadores da área da saúde;
8. Ampliar a capacitação e qualificação dos servidores da diretoria, tanto na dimensão teórica, técnica quanto na dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais;
9. Incentivar as estratégias formais e informais de cooperação intra e inter equipes que poderiam orientar os pressupostos da gestão do trabalho nos serviços mais do que a tradicional abordagem relação custo-benefício em busca da eficiência no setor público. (DINIZ, ALMEIDA e CARRIJO, 2008, p.2)

Diante as mudanças realizadas para atendimento dos objetivos propostos, a DIRQS assume uma nova subdivisão, como sugere a Figura2.

Figura 2: Organograma da Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS)



Fonte: Pró-reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP), elaborado pelos autores.

Em agosto de 2010 em parceria com o Governo Federal, a DIRQS se tornou uma Unidade do SIASS do Governo Federal. Esse acordo possibilitou o atendimento de mais de dois mil e quinhentos funcionários públicos federais de Uberlândia que estão distribuídos nos seguintes órgãos da administração federal: Advocacia Geral da União (AGU), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), Instituto Federal de Educação e Tecnologia do Triângulo Mineiro (IFET), Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), Ministério da Fazenda - Ministério do Trabalho e emprego (MTE), Polícia Federal (DPF), Polícia Rodoviária Federal (DPRF). (UFU, PROGEP, 2017).

Tal mudança foi extremamente positiva, uma vez que anteriormente, os funcionários públicos federais tinham que se deslocar para Brasília ou Belo Horizonte para serem atendidos nas sedes dos respectivos órgãos e, a partir de então, estendeu-se aos servidores a

realização de exames periódicos, perícia médica, vigilância e promoção em saúde, via DIRQS.

A DIRQS/UFU na atualidade tem como finalidade formular diretrizes, planejar, orientar, coordenar, supervisionar e controlar os assuntos referentes à assistência, conforme sugere o organograma da Figura 3 e a descrição de cada setor.

Figura 3: Organograma da Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS) após implantação do SIASS.



Fonte: Pró-reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP), elaborado pelos autores.

Conforme a cartilha DIIRQS/UFU a Coordenação de Vigilância e Perícia em Saúde tem como finalidade a promoção e a proteção da saúde do servidor. Suas ações se fundamentam nas atividades de efetivação na área de saúde estritamente no servidor. Incorpora os processos de trabalho entre as áreas de perícia, engenharia de segurança e saúde ocupacional, detectando situações de risco e incrementando ações de prevenção de agravos, diagnóstico, reabilitação e programas de promoção à saúde.

Dentre as atividades da Divisão de Saúde Ocupacional (DISAO), destacam-se:

1. Desenvolver as ações necessárias à realização de exames periódicos de saúde dos servidores, obedecendo à legislação vigente;
2. Participar dos programas multiprofissionais de promoção à saúde ofertados aos servidores, em consonância com os princípios ditados pelo SIASS;
3. Executar ações de vigilância em saúde, visando “detectar, conhecer, pesquisa, analisar e monitora os fatores determinantes e condicionantes da saúde ocupacional”... e planejar, implantar e avaliar intervenções que

reduzam os riscos ou agravos à saúde. (Fonte: Portaria Normativa nº 03 de 07/05/2010)

4. Realizar as ações necessárias ao acompanhamento de servidores com inadaptação ao trabalho decorrente de problemas de saúde, por solicitação da administração.

Já o Setor de Perícia Médica em Saúde (SEPSA) é responsável por:

1. Registrar atestados de curta duração (até 05 dias para tratamento da própria saúde e até 03 dias para acompanhar familiar doente);
2. Realizar perícias singulares composta por perito (até 120 dias de afastamentos nos últimos 12 meses);
3. Realizar junta Médica Oficial composta por 03 peritos para avaliação de atestados acima de 120 dias nos últimos 12 meses.

Ao Setor de Engenharia e Segurança do Trabalho (SESET) cabem as atividades de:

1. Emitir laudos ambientais e pareceres especializados;
2. Avaliar e propor medidas de prevenção e correção de condições inseguras nos ambientes e processos de trabalho;
3. Investigar e analisar os Acidentes de trabalho;
4. Dimensionar a necessidades e efetuar e controle dos Extintores de Incêndios;
5. Avaliar, conforme a legislação vigente, a exposição do servidor a agentes insalubres/perigosos.

Por fim, o Setor de Ações em Dependência Química (SEACS) conhecido como “OFICINA DA VIDA” tem como projeto a atenção a pessoas com problemas relacionados ao uso, abuso e dependência em especial a de álcool e outras tais como: nicotina, maconha, cocaína, anfetaminas, calmantes e outras. Suas atividades se voltam ao:

1. Atendimento ambulatorial e setorial aos servidores, seus dependentes e estudantes universitários;
2. Ambulatório Geral, Ambulatório familiar, Ambulatório de Tabagismo, intervenções setoriais e formação de agentes multiplicadores.

Na Coordenação de Promoção e Assistência à Saúde do Servidor são relacionadas a idealização do indivíduo em sua plenitude, uma unidade indivíduo-meio, onde o ser humano está em um processo contínuo de relação consigo mesmo, com o outro e com o mundo a sua volta. Essa coordenação entende que todas as pessoas são seres animobiopsicossociais, logo temos que refletir sobre o equilíbrio e a harmonização dessas dimensões. Ela desenvolve intervenções de atenção primária e secundária, privilegiando as ações interdisciplinares e, se subdivide em três setores, como segue.

O Setor Integrado de Ações de Promoção à Saúde (SIAPS), que possui como atividades as seguintes:

Atendimento Individual

1. Acolhimento Psicossocial: Atendimento em crise, não sendo necessário agendamento prévio. É um tipo de intervenção que acolhe a pessoa no exato momento de sua necessidade, ajudando-a lidar melhor com seus recursos e limites pessoais. Na oportunidade, são efetuados as orientações e encaminhamentos necessários;
2. Serviço social;
3. Educação Financeira;
4. Práticas complementares em Saúde: REIKI e Cromoterapia;
5. Acompanhamento com médico psiquiatra.

Atendimento em grupo:

1. Psicoterapia;
2. Grupos temáticos: Desenvolvimento da Auto-estima, Medicação em Saúde mental;
3. Práticas complementares em saúde: Unibiótica.

Programas:

1. Preparação para Aposentadoria: Reconstrução de um Viver,
2. Educação para Gestão de Finanças Pessoais/familiares;
3. Curso Preparação para Qualidade de Vida no Trabalho;
4. “Cuidados de Si”. Prevenção de Agravos e Apoio aos Portadores de Doenças crônicas,
 - I. Dia da Saúde – intervenção Relâmpago;
 - II. UFU SAÚDE – prevenção da obesidade

Já o Setor de Saúde Suplementar tem como principal tarefa ajudar os servidores nos trâmites administrativos dos planos de saúde. Ele também esclarece que todos os servidores e seus dependentes legais têm direito a um subsídio (auxílio financeiro) para ajudar nos custos das mensalidades dos planos de saúde. No caso em que o servidor preferir contratar outro plano de saúde que não o ofertado pela UFU, tem o direito de reivindicar o reembolso do subsídio, desde que seja ele o titular do plano de saúde.

Por fim, o Ambulatório do Servidor (NAASS) realiza as atividades de:

1. Atendimento médico (clínico geral, ortopedista, ginecologista, cardiologista entre outras especialidades);
2. Coleta de exames laboratoriais;
3. Marcação de consultas e exames especializados;
4. Atendimento de fisioterapia;
5. Atendimento de Nutrição;
6. Atendimento de enfermagem.

Hoje a DIRQS é responsável pelo atendimento dos servidores da UFU ativos e inativos, seus dependentes, alunos e, também é público alvo o Ministério do Planejamento,

Ministério da Educação e demais órgãos do governo federal, totalizando uma população atendida de mais de 38 (trinta e oito) mil pessoas segundo Diniz, Almeida e Carrijo, 2008.

Por todo o exposto, cabe conhecer a percepção dos servidores que atuam na DIRQS acerca da Saúde do Trabalhador, frente a implantação do SIASS, o que requereu dos mesmos, além do novo desenho do setor, uma mudança no “fazer” de suas ações.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar a percepção dos trabalhadores da DIRQS sobre Saúde do Trabalhador na lógica do SIASS.

Objetivos Específicos

Identificar as ações, projetos e programas ofertados aos trabalhadores da UFU pela DIRQS.

Fomentar discussões sobre os processos de trabalho na DIRQS a partir da implantação do SIASS.

Apresentar o perfil sócio demográfico e ocupacional

METODOLOGIA

Tipo da pesquisa e métodos adotados

O estudo ora proposto consistiu em uma pesquisa de campo cuja metodologia adotada foi a de pesquisa qualitativa e quantitativa com abordagem analítica e descritiva.

Tendo em vista os objetivos da pesquisa, adotamos a estratégia da triangulação de métodos.

[...] a triangulação não é um método em si. É uma estratégia de pesquisa que se apoia em métodos científicos testados e consagrados [...]. Esta abordagem teórica deve ser escolhida quando contribuir para aumentar o conhecimento do assunto e atender aos objetivos que se deseja alcançar (MINAYO, 2005, p.71).

De acordo com Minayo (2010) a triangulação consiste na articulação dos métodos qualitativos e quantitativos numa mesma pesquisa. Para a metodologia qualitativa, as técnicas adotadas para coleta de dados foram a entrevista semiestruturada e o grupo focal, cujos roteiros encontram-se nos Apêndices 1 e 2. A metodologia qualitativa foi escolhida devido a compreensão de que, para analisar e avaliar a questão da ST após a implementação do SIASS seria necessário entender as percepções dos profissionais envolvidos no processo de trabalho.

Segundo Alves e Santos (2014), a entrevista é uma “técnica de coleta de dados sobre um determinado tema científico, ela é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, destinada a construir informações pertinentes ao tema da pesquisa”. É norteada por roteiro previamente elaborado com a combinação de perguntas que podem ser expandidas no processo de diálogo entre o pesquisador e o informante permitindo incorporar temas que emergirem da fala dos entrevistados que não estavam previamente indicados no roteiro.

O grupo focal é uma das técnicas de pesquisa qualitativa utilizada como método de investigação empírica que tem por objetivo abordar a realidade social considerando o ponto de vista dos sujeitos da investigação (PIMENTA, 2014).

Segundo Pimenta (2014), o grupo focal é uma técnica de coleta de dados na qual a equipe de pesquisadores organiza e conduz, com o auxílio de um moderador, debates com um grupo de pessoas, sobre temas e questões que interessam para os pesquisadores. O principal objetivo é entender o que os indivíduos pensam e como se sentem em relação a um determinado assunto, a partir dos diálogos entre eles.

Por sua vez, a metodologia quantitativa foi empregada por meio de um instrumento padronizado aplicado, que consistiu em um questionário estruturado elaborado pelos autores (Apêndice 3) referente à formação, capacitação e dados sócio-demográficos dos participantes da pesquisa.

Segundo Gunther (2003) o questionário estruturado consiste em direcionar os indivíduos a se posicionarem sobre temas de interesse do pesquisador. Na presente pesquisa os questionários visaram elaborar o perfil sócio-demográfico dos trabalhadores da pesquisa.

Campo de estudo

No Brasil, conforme o Ministério de Educação, existem 52 IFES distribuídas da seguinte maneira: 7 na região Norte, 14 na região Nordeste, 4 na região Centro Oeste, 20 na região Sudeste e 7 na região Sul. Dentre as 20 IFES existentes no Sudeste, 12 estão no Estado de Minas Gerais (BRASIL, 2016).

A instituição estudada foi a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), localizada no Estado de Minas Gerais e possui uma Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS), que tem ações baseadas em atividades de implementação na área de saúde especificamente do servidor, integrando os processos de trabalho entre as áreas de engenharia de segurança, perícia e saúde ocupacional, identificando situações de risco e desenvolvendo ações de prevenção de agravos, diagnóstico, reabilitação e programas de promoção à saúde.

Esta Diretoria está inserida no SIASS desde 2010. Além de atender seus funcionários, a instituição também atende aos servidores de outros órgãos da administração federal dentre eles estão: Advocacia Geral da União (AGU), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), Instituto Federal de Educação e Tecnologia do Triângulo Mineiro (IFET), Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), Ministério da Fazenda - Ministério do Trabalho e emprego (MTE), Polícia Federal (DPF), Polícia Rodoviária Federal (DPRF). (UFU, 2016).

A estrutura da DIRQS é composta pelos seguintes setores/número de profissionais conforme a tabela 8.

Tabela 8: Estrutura da DIRQS segundo os setores e número de servidores.

SETORES	NÚMERO DE SERVIDORES
Diretoria	7 profissionais
Divisão de Saúde Ocupacional (DISAO)	28 profissionais
Setor Especializado em Engenharia e Segurança do Trabalho (SESET)	12 profissionais
Setor de Saúde Suplementar	5 profissionais
Setor Integrado de ações de promoção à Saúde (SIAPS)	13 profissionais
Setor de Perícia em Saúde	10 profissionais
Núcleo de Atenção Saúde Servidor (NASS)	26 profissionais
Setor de Ações em Dependência Químicas (SEADQ)	11 profissionais
Total	112

Fonte: Elaborada pelos pesquisadores.

Abordagem e recrutamento dos participantes

Foram convidados a participar da pesquisa os trabalhadores que atuam na DIRQS que estivessem em pleno exercício profissional. A amostra não incluiu os trabalhadores terceirizados/contratados que atuam na DIRQS por não constituir foco deste estudo. Também não fizeram parte os servidores que estavam em gozo de férias no momento da pesquisa e aqueles que se recusaram a participar da pesquisa ou assinar o TCLE.

Todos os participantes que aceitaram participar foram esclarecidos sobre a pesquisa através da leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 4).

O estudo foi operacionalizado em três etapas sendo que, em cada uma houve variação no número de participantes, conforme ilustra a tabela 9.

Tabela 9: Apresentação dos instrumentos de coleta de dados utilizados, separados por número de participantes e setores envolvidos.

Instrumentos de pesquisa		Participantes (n)	Setores envolvidos
Questionário		58	Todos os setores
Entrevistas estruturadas	semi-	03	- Diretoria - Coordenação de promoção e Assistência à Saúde do Servidor - Coordenação de Vigilância e Perícia em Saúde
D Grupo Focal 1		9	SIAPS, SESET, DISAO, Perícia Médica, Saúde suplementar
Grupo Focal 2		9	SIAPS, SESET, DISAO, Perícia Médica, Saúde suplementar

Fonte: Elaborada pelos pesquisadores.

No momento da pesquisa o quantitativo de servidores sofreu uma redução de 18,7%, o que representa um total de 21 servidores. À princípio a pesquisa pretendia aplicar o questionário a todos os trabalhadores da DIRQS, porém, do total de 91 servidores, 58 responderam, o que representou uma adesão de 63,73%.

Os questionários foram entregues pessoalmente para uma parte dos servidores, para a outra parte, os questionários foram entregues para a chefia imediata para que distribuíssem aos demais servidores. Tal estratégia foi adotada com o intuito de otimização de tempo. Foi estipulado um prazo de 15 dias para que todos pudessem responder e, findado o prazo, o pesquisador recolheu os questionários preenchidos. Acredita-se que a estratégia de deixar os questionários para serem entregues pelas chefias pode ter diminuído a adesão dos servidores à pesquisa, o que poderia ter sido evitado se todos os questionários tivessem sido entregues pessoalmente aos participantes.

A pesquisa foi submetida e avaliada pelo Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFU e recebeu parecer de aprovação número 2.319.368/ 2017.

Metodologia da análise dados:

As informações obtidas por fontes documentais e pelos questionários foram estruturadas e apresentadas em forma de gráficos, quadros e tabelas. Empregou-se, portanto, operações da estatística descritiva.

Conforme sugere Minayo (2013), os grupos focais e as entrevistas semi-estruturadas realizadas tiveram seus áudios gravados e, posteriormente, transcritos. Seguindo os procedimentos de análise temática, o material colhido foi estruturado e analisado com o objetivo de descobrir os núcleos de sentido que compõem o diálogo.

A metodologia qualitativa orienta que as categorias temáticas poderão sofrer alterações no processo de análise de dados uma vez que a percepção dos sujeitos envolvidos no grupo focal e na entrevista semi-estruturada poderá levantar novos temas não previstos na fase de elaboração do projeto de pesquisa.

O final da análise foi composto pela interpretação dos dados, a partir do estabelecimento de três categorias temáticas: 1) Percepção e incorporação do termo ST para as práticas na lógica do SIASS, 2) Potencialidades x fragilidades do SIASS, 3) Relação entre o trabalho prescrito pelo SIASS e o trabalho real da DIRQS. Tais categorias dialogam com o referencial teórico estabelecendo as mediações necessárias à compreensão dos objetivos.

Os resultados da pesquisa serão apresentados para os representantes da diretoria da DIRQS e para os gestores da UFU em forma de reunião, de acordo com a disponibilidade de agenda dos participantes.

RESULTADOS

Perfil sócio-demográfico e ocupacional dos servidores da DIRQS

A aplicação do questionário elaborado para pesquisa teve por finalidade traçar o perfil sócio-demográfico-ocupacional dos servidores da DIRQS/UFU e foi distribuído para todos os servidores entre os dias 11/10/17 a 09/11/17. Em 2016 quando foi feito o levantamento do total dos servidores da DIRQS, foram identificados 112 servidores. Como referido anteriormente no momento da pesquisa o quantitativo de servidores sofreu uma redução de 18,7%, o que representa um total de 91 servidores. Tal redução se deu por afastamentos diversos, férias, aposentadorias e falecimentos de servidores.

Dos 91 servidores que compõe o quadro de trabalhadores da DIRQS conseguimos adesão 63,7% (58 servidores), distribuída da seguinte forma entre os setores: Perícia médica Total (T) 10 e Participantes (P) 7; SEACS (“oficina da vida”) (T7 – P7); SIAPS (T13- P11); saúde suplementar (T5 – P5); diretoria (T7 – P6); SESET (T9 – P7); DISAO (T21-P13); NAASS (T26-P2). A baixa adesão do NAASS se deu por ser um setor composto por grande parte de médicos e, os mesmos alegaram no período da pesquisa indisponibilidade de tempo para responder os questionários devido à grande demanda de pacientes.

Dos 58 participantes da pesquisa, há maior concentração de mulheres (39) em comparação aos homens (19). Em relação à faixa etária, a população do estudo mostrou-se mais envelhecida, com 27,6% de participantes com idade acima de 53 anos (16), seguido de 19% entre 48-53 anos (11). As faixas entre 42-47, 36-41 e 36-41 anos obtiveram igualmente 15,5% cada, com (9) participantes e, 6,9% entre 24-29 anos (4).

Os dados acerca do perfil ocupacional dos servidores da DIRQS foram analisados e distribuídos nas tabelas 10, 11, 12, 13, 14 e 15, como seguem.

Tabela 10: Tempo de atuação na área de Saúde

Variáveis	N	%
Menos de 1 ano	3	5,2%
1 a 2 anos	3	5,2%
2 a 5 anos	8	13,8%
6 a 10 anos	10	17,2%
11 a 18 anos	13	22,4%
19 a 26 anos	10	17,2%

27 a 35 anos	9	15,5%
--------------	---	-------

Fonte: Elaborada pelos pesquisadores.

Tabela 11: Tempo de atuação na DIRQS em ações de Saúde do Trabalhador.

Variáveis	N	%
Menos de 1 ano	5	12%
1 a 2 anos	6	10,3%
2 a 5 anos	12	20,7%
6 a 10 anos	14	24,1%
11 a 18 anos	13	22,4%
19 a 26 anos	8	13,8%
27 a 35 anos	0	0%
Acima de 35 anos	0	0%

Fonte: Elaborada pelos pesquisadores.

Tabela 12: Atuação em ações de Saúde do Trabalhador antes da DIRQS

Variáveis	N	%
Sim	16	27,5%
HC - UFU	1	1,7%
PROSEG e WTA	1	1,7%
Não especificou o local	1	1,7%
Empresa privada	1	1,7%
RH, qualidade total, SIPAT, relacionamento interpessoal	1	1,7%
SIPAT, treinamentos e palestras	1	1,7%
Na construção civil	1	1,7%
WTA - medicina do trabalho		1,7%
Uai Martins e Carrefour	1	1,7%
Uai Martins	1	1,7%
Prefeitura de Uberlândia (1 servidor atua também no Arcom)	2	3,5%
Sadia	1	1,7%
Souza Cruz	1	1,7%
Componente de SESMT	1	1,7%
Hospital Municipal	1	1,7%
Não	42	72,5%

Fonte: Elaborada pelos pesquisadores.

Os dados da Tabela 10, 11 ratificam que 58%(36) dos servidores possuem mais de 10 anos de experiência na área da ST, distribuídos da seguinte forma: 22,4%(13) na faixa 11-18 anos, nas faixas de 19-26 e 6-10 anos obtiveram 17,2%(10) cada, 15,5%(9) na faixa de 27-35, 13,8%(8) na faixa de 2-5 anos, 3,5%(2) com mais de 35 anos de experiência, já os servidores com menos de 2 anos são em torno de 10,4%(6).

Dentre esses servidores 36,2%(21) trabalham na DIRQS a mais de 10 anos, 44,8%(26) trabalham pelo menos a 6 anos e apenas 22,3%(11) trabalham a menos de 2 anos.

Conforme a Tabela 12 Somente 27,5%(16) referiram ter atuado em ações na área da ST antes de ingressarem na DIRQS. Porém, chama a atenção que destes, 11 participantes sinalizam trabalhos em empresas da iniciativa privada e em órgãos cujas nomenclaturas sinalizam atividades recorrentes dos modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, o que já demonstra o (des)conhecimento da atuação em ST.

Tabela 13: Carga semanal de trabalho na DIRQS

Variáveis	N	%
Carga horária semanal na DIRQS		
10 Horas	0	0%
20 Horas	3	5,2%
30 Horas	1	1,7%
40 Horas	53	91,4%
4 horas	1	1,7%

Fonte: Elaborada pelos pesquisadores.

Tabela 14: Atuação em outras instituições ou serviços

Variáveis	N	%
Sim	11	19%
8 horas no grupo espírita Paulo de Tarso	1	1,7%
20 horas médica homeopata	1	1,7%
12hs de plantão	1	1,7%
20 horas no SEPLA	1	1,7%
10 horas em hospital privado	1	1,7%
20 horas em consultório particular	1	1,7%
30 horas em uma empresa de telemarketing	1	1,7%
20 horas Prefeitura Municipal	2	3,5%
16 horas no laboratório de função pulmonar HC - UFU	1	1,7%
8 horas de trabalho voluntário na igreja	1	1,7%
Não	47	81%

Fonte: Elaborada pelos pesquisadores.

De acordo com a tabela 13 a carga horária mais relevante em que os servidores desempenham suas atividades na DIRQS é de 40 horas semanais, cumprida por mais de 91% dos pesquisados. Conforme a tabela 14 existe 11 (19%) servidores que atuam em outras instituições além da Diretoria, a carga horária mais recorrente a essas instituições é a de 20 horas semanais.

Pôde-se constatar pela pesquisa que a participação dos servidores em reuniões de planejamento, acompanhamento e avaliações de ações em ST gira em torno de 48,3%(28), ou seja, pouco menos da metade dos servidores, o que supõe uma participação baixa nos processos decisórios da diretoria.

Conforme a pesquisa 90% (52) servidores que participaram da pesquisa possuem curso superior, 6 servidores possuem curso técnico sendo 3 Técnicos em enfermagem, 2 Técnicos em Segurança do trabalho e 1 com curso de secretariado.

Dos servidores que possuem curso superior 13,7%(7) não especificaram a graduação que cursaram. Nos demais, observou-se uma diversidade de cursos superiores, que variam desde Licenciatura em Química a Engenharia Civil. Os cursos com maior incidência são:

Medicina com 17,2% (10), Psicologia com 15,5%(9), Direito com 8,6%(5), Serviço Social e Letras com 5,2% cada (uma servidora cursou enfermagem e letras) e 3,5%(2) enfermagem.

Dos servidores com graduação 76,9% (40) possuem especialização, entre elas as mais recorrentes foram especialização em saúde pública com 5,2% (3), 13,8% (8) possuem Mestrado, 3,5% (2) possuem Doutorado e 12%(7) não especificaram a área cursada na Pós-graduação. Os demais participantes do estudo, de modo geral, cursaram pós-graduação cujo modelo se volta ao da Saúde Ocupacional 19,1%(11), em comparação à Medicina do Trabalho 7%(4) e à Saúde do Trabalhador 5,2%(3), como pode ser visto na Tabela 17.

Tabela 15: Distribuição de pós-graduação cursada pelos participantes do estudo segundo os modelos: Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador

Modelo	Curso	(n)	%
Medicina do Trabalho	Especialização em Medicina do Trabalho (2); Perícia Médica (2).	4	7%
Saúde Ocupacional	Especialização em Enfermagem do trabalho (2); MBA em Gestão de pessoas (2); Especialização em saúde ocupacional (1); MBA em Gestão de Recursos Humanos (1); Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho (2); Especialização em diagnóstico e gerenciamento de RH (1); Mestrado em psicologia organizacional (2)	11	19,1%
Saúde do Trabalhador	Mestrado em saúde do trabalhador (2); Especialização em saúde do trabalho (1);	3	5,2%

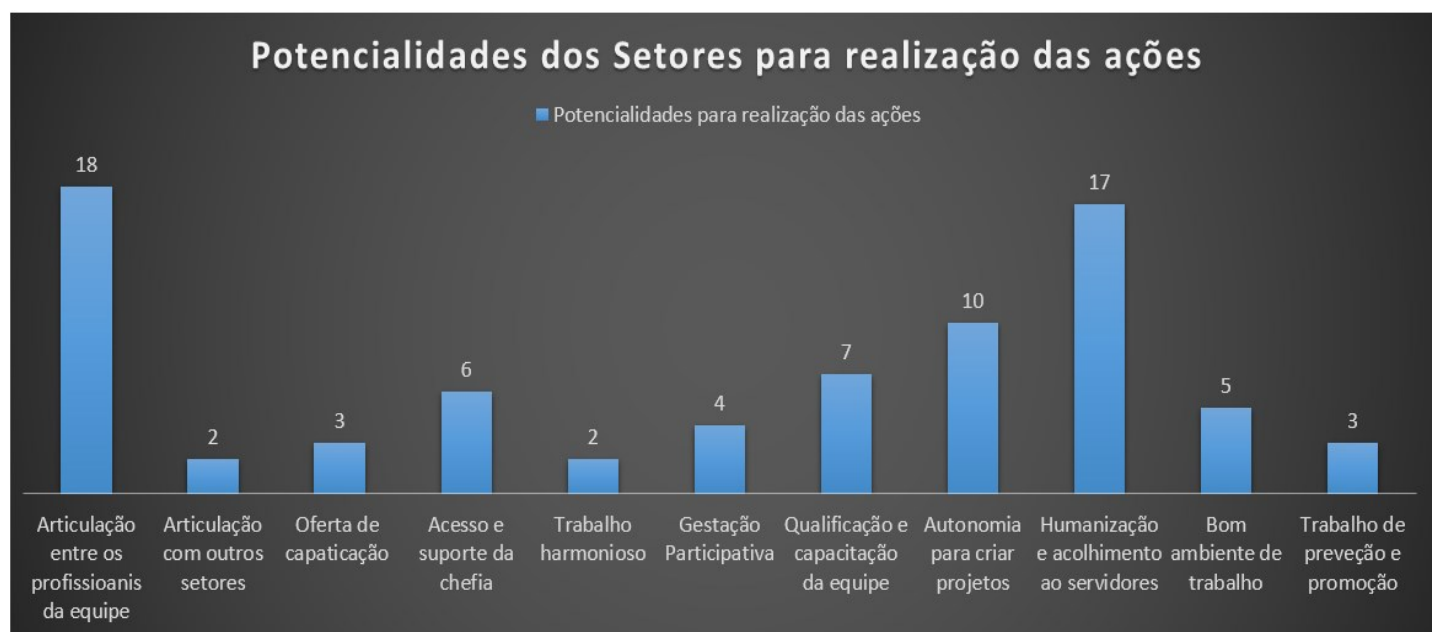
Fonte: Elaborada pelos pesquisadores.

Questionou-se se os servidores participaram de alguma atividade de formação continuada nos últimos doze meses (cursos, oficinas, seminários, dentre outros). Encontrou-se que 53,44%(31) responderam que sim, dentre as atividades citadas as mais recorrentes foram cursos e seminários com 48,38% (15) seguida de graduação com 12,9%(3). Constatou-se que mais de 50% das atividades de formação continuada foram oferecidos pela UFU, porém, a escolha dos cursos e seminários realizados partiu de interesses individuais e, sem articulação com uma proposta governamental bem como local de formação para a atuação na política.

Os servidores também foram questionados em relação aos temas de interesse para discussão em atividade de formação continuada e, os resultados mostraram que 12%(7) foi saúde do servidor, seguido qualidade de vida com 8,6%(5) e saúde mental com 6,9%(4). Ainda, 19%(11) não responderam ou não tinham interesse.

Além das questões estruturadas, o questionário traçou perguntas abertas para que os servidores expusessem suas opiniões, sem engessamento de respostas, em relação aos potenciais e desafios enfrentados para realização das ações desenvolvidas pelos setores da DIRQS/UFU. As respostas foram transcritas, analisadas e sistematizadas conforme nas figuras 4 e 5.

Figura 4: Potencialidades dos setores e respectiva frequência/ocorrência, na realização das ações desenvolvidas pelos mesmos.



Fonte: Elaborada pelos pesquisadores.

Figura 5: Dificuldades/desafios enfrentados pelos setores e respectiva frequência/ocorrência na realização das ações desenvolvidas pelos mesmos.



Fonte: Elaborada pelos pesquisadores.

Sobre as dificuldades enfrentadas um participante afirmou não existir e outros cinco não responderam.

Sobre as potencialidades para o desenvolvimento das ações a articulação entre os profissionais do setor foi citada por 31,03%(18) dos participantes seguida pela Humanização e acolhimento para com os servidores atendidos pelo setor, citada por 29,31%(17). Para 55,17%(32) participantes a baixa adesão do público alvo às atividades realizadas pelo setor configura a maior dificuldade/desafio enfrentado, seguido pela limitação orçamentária, referida por 32,75%(19).

Ressalta-se que ao longo do questionário, os participantes afirmaram ter experiência em ST, mas, pelas experiências de atuação e capacitações realizadas, percebeu-se que estas estavam associadas à “Medicina do Trabalho” e “Saúde Ocupacional”. Quando questionados acerca do que seria mais positivo nos projetos/programas em ST, seis participantes afirmaram não atuar em projetos voltados a ST. Ou seja, mesmo inseridos em uma política cujas ações referem-se à ST enquanto servidores, fica claro que existem lacunas no entendimento do campo Saúde do Trabalhador.

Categorias Temáticas

A análise dos dados das entrevistas (visão da gestão) e grupos focais (visão dos servidores) possibilitou organizar o material em três categorias, a saber: 1) Percepção do termo ST e incorporação nas práticas da DIRQS segundo a lógica do SIASS; 2) Potencialidades x fragilidades da Política do SIASS e 3) Relação entre o trabalho prescrito pelo SIASS e o trabalho real da DIRQS.

1- Percepções do termo ST e incorporação nas práticas da DIRQS segundo a lógica do SIASS

Visão da Gestão

Todos os funcionários entrevistados já trabalhavam na DIRQS à época da implantação do SIASS e, afirmaram ter contribuído com o processo.

Um dos entrevistados destacou que a “saúde dos trabalhadores nunca foi prioridade do governo”, porém, a universidade em si, via administradores, ao longo de quase 40 anos de

existência, *“manteve ações que prezaram pela área, mesmo com outras denominações anteriores ao campo ST”*(E3).

Em relação ao entendimento do termo Saúde do Trabalhador, adotado pelo SIASS, percebeu-se limitações e confusões em relação aos modelos anteriores vigentes: medicina do trabalho e saúde ocupacional.

Para um entrevistado a visão e entendimento do termo ST só foi possível pelo mestrado profissional em ST que ela fez por vontade própria, pois anteriormente, a visão era a da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Mas, relata que no serviço prestado a intenção é buscar um entendimento mais amplo do servidor, para *“tentar esclarecer se a pessoa poderia estar de tal maneira pelo trabalho ou poderia ser algo adquirido antes do mesmo”*. E ainda relatou que:

“É preciso cuidar da vida no trabalho para ter também o melhor na vida pessoal, assim sendo as duas coisas estão integradas”(E1).

Outro entrevistado comentou acerca da gama de exames disponibilizados pelo governo e possíveis diagnósticos a partir dos exames periódicos e, das dificuldades de adesão dos servidores, principalmente em relação aos da área da saúde e que atuam no hospital de clínicas, se comparado com outros setores. Ou seja, o relato foi feito com base na Medicina do Trabalho o que mostra o não entendimento e não incorporação da ST. Ainda para o mesmo, saúde e saúde do trabalhador são termos muito diferentes, pois na ST o foco do SIASS é voltado para doenças relacionadas ao trabalho, chamadas de doenças ocupacionais, são doenças desencadeadas por atividades exercidas dentro do trabalho, do ambiente como um todo. Já a saúde tem um aspecto mais amplo, em termos de prevenção e assistência.

Já a fala de outro entrevistado mostrou uma maior aproximação do termo ST, em que define ser um ramo da saúde que se mostra integrada para perceber a pessoa e suas relações com o ambiente do trabalho. Mesmo assim, o entrevistado afirma que as mudanças ocorridas na legislação são apenas de terminologia, o que nos remete o entendimento que na prática a ST não foi incorporada.

Porém, mesmo com algumas distinções na fala dos coordenadores da DIRQS, fica nítida a familiaridade com a medicina do trabalho e da saúde ocupacional e, que existem lacunas quanto ao entendimento do termo ST.

Mesmo com tais limitações de entendimento, um dos entrevistados ressaltou que nas atividades realizadas pela DIRQS na lógica do SIASS foi incorporado o termo ST e na

prática, mesmo os não servidores, os contratados pela fundação de apoio universitário (FAU), também são atendidos, o que reforça o uso do termo.

Para outro entrevistado, apesar das ações serem voltadas à ST ainda persistem nomenclaturas em setores dentro da DIRQS que retratam a SO.

Os relatos elucidam a falta ou inadequação dos treinamentos e/ou capacitação em relação ao SIASS para os servidores, o que faz sentido frente ao (des)entendimento em relação ao termo ST e ao sistema como um todo.

Para um entrevistado, no início uma pessoa do MPOG fez algumas reuniões para explicar o que era o sistema, mas não houve curso ou treinamento pós-implantação.

Dois entrevistados relataram que houve um treinamento por duas semanas para os servidores da DIRQS que trabalhariam com a perícia, tanto os administrativos como os médicos, por ser a área de maior enfoque da política.

Não houve treinamento para a promoção, e para engenharia de segurança sendo que para o último, o sistema não funcionou, criaram um manual, mas, não houve treinamento também, *“apesar de existirem promessas do governo”* (E2).

Um dos entrevistados relatou ser também do servidor a responsabilidade de sua capacitação ou treinamento, como seguem as falas:

“Esse planejamento de capacitação cabe às áreas para ver as suas deficiências e solicitarem, e dentro dessa necessidade fazer no ministério ou em outros lugares tem os cursos que faz” (E2).

“a reciclagem interna das atividades cabe as próprias equipes se unificar e fazer” (E2).

Quando questionados se as ações projetos e programas desenvolvidos incorporam a ST, dois entrevistados concordaram com a afirmativa mesmo com os limites existentes, sejam financeiros ou políticos. e um discordou. Das concordâncias, destaca-se a fala: *“a lógica do funcionamento, eu vejo como a da Saúde do Trabalhador”* (E2).

Porém, verifica-se a fragilidade do cuidado em relação a ST, pois foi apontada a necessidade de melhorar os atendimentos visto que as pessoas cobram mais cuidado e mais informações. Tal fragilidade pode ser vista na seguinte passagem: *“cuidar do outro tem que ser uma meta nossa, nós somos a diretoria que acolhe todo mundo”* (E2).

Ainda foi verbalizado que na maioria das vezes, as ações voltam-se para SO devido as muitas áreas e especificidades diferentes, embora existam ações voltadas ao trabalhador e suas famílias e explica que essas dificuldades são inerentes ao próprio servidor, como segue:

“A dificuldade que se tem é não ter o envolvimento de toda a equipe com projetos assim [da ST]... muitas vezes esse não envolvimento não é só culpa nem da pessoa, é culpa da formação individual de cada um: acadêmica, onde fez o curso, onde é que focou, então ela tem que ter uma luta grande para poder dar conta de se transformar e misturar com outras coisas. ... aí cabe tanto a pessoa querer crescer, quanto a instituição puxar a orelha para poder ver se vai burilando as coisas”

Visão dos Servidores

Apenas três participantes demonstram algum entendimento histórico da política e se revezaram na reconstrução dos fatos. Estes elencaram que no serviço público federal brasileiro anterior ao SIASS perpetuava a inexistência de uma política pública de saúde e segurança específica para estes trabalhadores ou qualquer legislação protetiva ligada às questões do trabalho articulado pelo governo federal. Relembrando que diferente dos trabalhadores da administração privada que são regidos pela CLT, os servidores públicos federais são regidos por estatuto próprio, o Regime Jurídico Único (RJU) desde 1990, porém este não regulamenta as questões saúde e segurança no trabalho. Os órgãos públicos federais criavam serviços para atender essas questões de forma individualizada e de acordo com sua realidade de recursos financeiros e materiais disponíveis, nada padronizado e que resultou diversas iniciativas e realidades. Assim ocorreu muitas discrepâncias, pois alguns órgãos construíram estrutura excelentes e outros não desenvolveram ação alguma na área de saúde do trabalhador. Assim buscaram explicar os fatos que levaram a construção da PASS.

“A legislação trabalhista num todo sempre teve aspectos mais regulamentados no âmbito da CLT, na área do serviço público era muito carente, digo isso porque estou aqui há quase quinze anos, então eu passei pelo antigo SISOSP [Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal]. Então, eu percebo que o SIASS tem um certo controle por parte do ministério do planejamento, mas, trouxe também, um respaldo legal, que o trabalhador da área pública estava muito carente (P.10)”

“[...] antes do SIASS [...] as grandes queixas eram que estavam muito sem controle de atestado, de aposentadoria, de acidente... ficava muito solta, às vezes não tinha nem condições de se fazer esse nexo causal, porque cada setor levava seu atestado e assim, não se tinha dados (P.8)”

Sobre o resgate histórico da construção do SISOSP, PASS e SIASS, um participante relatou que:

“Cada serviço federal montava o seu serviço de controle dos atestados, de acordo com as suas estruturas, as suas necessidades, as suas demandas. E o que isso representa? Que foi uma lacuna muito grande no serviço público porque não existia legislação que fizesse proteção ao trabalhador, ao servidor público federal. [...] com a questão da constituição de 88, foi montado todo um aparato com relação à saúde do trabalhador, que foi concretizado na lei orgânica de saúde do SUS, em 90 e aí, o que se percebia: não tinha legislação para o servidor público, continuava sem legislação[...] por questões governamentais, em 2003, assume a presidência o Luís Inácio Lula da Silva e, pressionado pelo partido, em relação as demandas do serviço público enquanto patrão, ele propôs criar uma política para a questão da ST do serviço público. E aí, começam as movimentações pra criar essas ações. Foram reunidos os representantes, a UFU foi chamada sim, porque foi verificado que a UFU já tinha um serviço muito estruturado de atenção à saúde, por conta das grandes demandas. Sempre os trabalhadores adoeceram muito nas universidades, e eles foram criando serviços pra atender essas demandas. Então, eles chamaram todos esses órgãos que tinham alguma ação em prol da saúde do trabalhador pra construir uma política, uma política para os servidor público federal. E isso começou em 2003, em 2006 lança-se o SISOSP, que foi a primeira tentativa de organizar este serviço. Alguns estudiosos falam que foi só uma manifestação de boas intenções do governo pra poder responder a questão, porque viu que não seria possível dar essa estrutura, que não estava estruturado em uma política, tanto é que o SISOSP não durou nem dois anos, logo eles viram, a fragilidade que estava [...] tão vulnerável aquelas ações no decorrer dos governos que viriam, que realmente eles pensaram em fazer uma coisa mais sólida e, em 2007 eles iniciam um projeto da PASS - a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público e Federal e em 2009 eles montam a estrutura dessa política que a gente conhece como SIASS: Subsistema de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalhador Público Federal. (P.6)”

Nas narrativas os participantes revelam com certa criticidade, que a instituição estudada por ter muitas ações de medicina do trabalho como atenção ao trabalhador e sua condição de saúde, contribuiu imensamente para a configuração e construção da política.

“A UFU foi referência... (P 6)”

“[...] foi desde o SISOSP, inclusive. (P 10)”

“A UFU, por ter ações acabou levando as ideias que tinha, e a gente percebe que foi muito dinâmico nessa época, as pessoas se envolveram, foi uma proposta inovadora, de proteção social, que a ideia seria de promoção [...] Já começou uma política um pouco à avessa, montou-se essas estruturas SIASS em lugares que tinham mais estrutura, e a UFU foi uma das primeiras unidades montadas, por conta da estrutura que já tinha, por ter um hospital universitário, por ter todo uma ala dos recursos humanos, da gestão de recursos humanos pra tratar esses adoecidos e devolvê-los para a produção. Infelizmente, a gente pegou esse antigo serviço médico ocupacional e transformou na SIASS, ainda atrelado aos recursos humanos. (P.6)”

“[...] não tinha tanto promoção em âmbito nacional, apesar da UFU já ter um histórico neste sentido. Mas, reconhecidamente, até por parte do ministério do planejamento, a UFU é uma das exceções [...] (P 9)”

Outra questão que surgiu foi se o Sistema integrado de Saúde Ocupacional do Serviço Público Federal (SISOSP) como primeira tentativa legal de uniformizar procedimentos visando a saúde do servidor foi implantada na instituição estudada e a resposta foi “ *enquanto ele vingou, funcionou. (P10)*. O que se observou nesta experiência e no próprio nome do sistema, era que as ações estavam centradas na Saúde Ocupacional, contrariando a bandeira vigente no Brasil de atenção ao trabalhador nas questões de segurança e saúde desde a criação do SUS, denominada Saúde do Trabalhador.

A PASS e o SIASS representam a implantação da corrente Saúde do Trabalhador no serviço público federal e além das dificuldades citadas na estruturação da política, outro ponto preocupante relatado, foi a questão da capacitação precária que foi ofertada para os técnicos da UR conduzirem as ações. Os trechos seguintes expressam como foi a capacitação para atuação no SIASS no início da implantação da UR, há sete anos aproximadamente.

“Com relação a nossa capacitação para o SIASS, só chegaram manuais, para leituras individuais. Se a gente tivesse alguma dúvida, procurasse a nossa coordenação, falando ‘não entendi isso aqui, como é que é?’ e tentava correr atrás pra entender a sua execução. E quando vinha algum sistema novo, tinha que entrar e ir fuçando e descobrir como que funcionava aquela ferramenta nova no sistema SIASS na internet. Não tinha nenhuma instrução que vinha de cima, lá de Brasília nos orientando previamente de como iria funcionar simplesmente já chegava (P4)”

“Então, no SISOSP nós tivemos o treinamento, veio uma pessoa lá de Brasília e fez o treinamento com a gente. Mas do SIASS, realmente não houve nenhum contato presencial. (P10)”

“Não foi bem treinamento. Ele veio explicar o que era... e teve palestra [no caso do SISOSP] (P9)”

Os servidores mais recentes no setor também relataram a falta de treinamento/capacitação para operacionalizar a política.

“[...] aqui no setor eu tenho três anos, trabalho no setor de perícia e sobre o sistema, a gente é todo avançado no sistema, mas eu não tive treinamento, eu tive que aprender fazendo. (risos) (P3)”

“Não só você, não se sinta sozinha. (risos)(P4)”

“Também foi me dado o manual pra eu ler sobre a legislação, o manual específico do SIASS, e também alguns manuais de como fazer e, foi dessa forma que eu aprendi, fazendo (P5)”

Um dos participantes mencionou que a Universidade que sedia a UR tem um setor destinado à capacitação dos servidores e que poderia ser acionada para atender essa demanda, porém, outro participante referiu que essa ação seria inviabilizada visto que os módulos

operativos no sistema não estão prontos, e assim como capacitar se ainda não existe uma estrutura.

“Não tá pronto, então eu vou pedir treinamento pra algo que ainda não existe, é só previsão? Tá lá escrito, engenharia de segurança do trabalho, clica lá não tem nada... então, tem que esperar ficar pronto, pelo menos. Se disserem: “não gente, já está no forno, vai sair então, agora vai capacitar, próxima semana, próximo mês vai ser efetivado”, mas não, então fica assim, não tem como eu pedir algo que ainda não existe.P(4)”

A Participante 9 referiu que na época de criação da política alguns gestores da UR participaram de grupos de trabalho para ajudar na criação do sistema operacional. Porém as devolutivas desses gestores eram o material impresso que foi entregue para o setor ler e se inteirar. E esse material segundo o Participante 4 não era no sentido técnico de administrar a ferramenta que nem foi implantada ainda, mas sim de orientações gerais de como proceder em casos específicos como por exemplo como em caso de acidente.

Em relação ao conhecimento dos participantes sobre o termo “Saúde do Trabalhador”, três participantes afirmaram de forma tímida, que com a implantação da política não houve grandes mudanças no serviço e que não tinham conhecimento acerca do termo e, outro participante afirmou não ter conhecimento da existência desse termo na política. Também houveram verbalizações sobre percepções da intencionalidade da política como um instrumento de reverter casos de afastamentos e melhorar financeiramente o aporte para o governo e não necessariamente a qualidade de vida dos trabalhadores.

“Na verdade, eu estou aqui há mais tempo, eu não percebi grandes mudanças não... os trabalhos que a gente já desenvolvia antes até do SISOSP nós continuamos desenvolvendo, inclusive os trabalhos de promoção [...] Já tive contato já com a legislação, mas... em termos conceituais eu não tenho lembrança para te afirmar se tem ou se não tem.(P 10)”

“conceitualmente, eu também tenho a mesma opinião[...]. Não tenho, uma ideia para conceituar... a minha percepção dessa política,, é que o governo tá preocupado com o absenteísmo, com afastamento, com a aposentadoria precoce, ele não quer reverter isso... então ele lança mão talvez de uma política que... tudo sinaliza para o trabalhador “ó, vamos melhorar o ambiente de trabalho”, na verdade eu acredito que o governo está mais preocupado é com..., aquela qualidade útil de trabalho do trabalhador, de não faltar emprego por um motivo ou outro. Eu imagino que isso deve ser uma preocupação do governo porque quando eles contabilizam lá a quantidade de servidores que faltam, se afastam, por um motivo ou outro, eu acho que isso já deve ter acendido uma luzinha amarela lá e eles falaram assim “gente, vamos abrir mão de uma política ou algo assim parecido para tentar reverter essa situação”. Então, eu imagino que essa ação do governo

é mais para talvez diminuir esse custo com absenteísmo, com a falta que o servidor faz no seu ambiente de trabalho pelos afastamentos (P7)”

“[...] realmente é uma política que foi criada de uma forma muito ampla, quando você vê o conceito que fala dessa área, e, no entanto, na prática, é isso mesmo, é o controle do absenteísmo, é a questão da aposentadoria, é uma perícia [...] (P.8)”

Um dos participantes que pelos relatos anteriores demonstra mais entendimento histórico da UR, verbaliza que na época do SISOSP, primeira tentativa de governo de uniformização de ações em prol da saúde dos servidores federais a abordagem era conforme a sigla já evidencia, reportando-se ao significado da mesma: *Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Serviço Público Federal. (P.6)*. Ademais, relata que mesmo antes do SISOSP as ações em prol dos trabalhadores, eram ligadas às correntes Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional com a finalidade de controle ocupacional.

“A UFU é a unidade que todo mundo já sabe que virou referência nacional por ter programas de promoção, por ter ações em prol da ST desde 79, quando ela já fazia exames periódicos dos servidores. Mas por quê? Porque aqui já tinha o hospital escola, tem um laboratório próprio, então, a administração já tinha uma forma de controle de saúde dos trabalhadores aqui. Então desde 79 isso acontece, o regime jurídico único é de 90, mas ele não falava nada da ST [...] inclusive a formação da grande maioria dos médicos aqui [UR] é de Saúde Ocupacional ou de Medicina do Trabalho. (P6)”

Um dos participantes acreditam que as ações em prol dos servidores foram criadas na instituição, anteriormente a implantação da política e tinha uma face paternalista. Outro participante confirma esse visão referido que a beleza das criação das ações para o servidor partiram de gestões comprometidas ética e politicamente com o interesse dos trabalhador e suas necessidades, para isso usaram a autonomia universitária, instituíram serviços de qualidade, captaram recursos humanos com perfil específico para atuar nas ações inclusive levando alguns a desvio de função, considerado irregular no serviço público, visando unicamente a excelência dos serviços e assim esses serviços se tornou referência e modelo para a política.

“[...]eu acho que a UFU teve um cuidado até paternalista na questão da saúde do servidor. [...] essa unidade básica de saúde chamada NAASS só atenderia o servidor da UFU e os dependentes, coisa que depois a gente vê que a legislação fala que é ilegal.[...] talvez essa ação foi o que, na época, mais se encontrou de melhor para fazer pela saúde do servidor. [...] era uma preciosidade ter o NAASS, os médicos, né... por conta só do servidor da UFU. Então, a questão de marcar consulta, a questão de encaminhamento com a cirurgia já tinha um braço com o HC, então acredito, sim, que nos tempos mais remotos, quando se pensou nessa criação do NAASS, se pensou muito nesse conceito sabe do servidor, para que ele não saia do bairro, para

que ele não durma em fila.... Então, como se diz, foi o que na época foi possível se fazer.(P8)”

“[...]as instituições como não tinha uma legislação que trabalhasse a questão do controle do absenteísmo, nem tinha proteção, porque não tinha legislação que trabalhasse a saúde do trabalhador em si, a instituição foi criando os seus serviços e, assim... o mais bonito que eu acho dessa história da UFU é que foram pessoas extremamente engajadas, comprometidas com o trabalhador, não com a gestão. Claro que a gestão era importante, mas eles começaram a entender que era preciso cuidar do trabalhador, a história da Oficina da Vida, que é belíssima, belíssima... quando a gente vê as pessoas que ajudaram a fundar... eles escolheram pessoas que tinham afinidade, que queriam vir. Para isso, eles mexeram, por exemplo... fizeram mudanças de cargo, fizeram as pessoas assumirem a disfunção de alguns servidores que tinham perfil para compor a equipe para poder montar o serviço, então a gente viu alguns reitores, alguns pró-reitores que tinha um compromisso muito ético e político com o trabalhador e com a necessidade dele. Então, essas ações, tanto o NASSS como a oficina, como as várias ações do SISOSP, que foram liberadas, tipo Reiki, isso foi uma coisa que foi belíssima, mas foi por conta do que? Dos gestores que foram extremamente engajados, que assim... tentaram, criaram, instituíram algo que não existia, né... foi instituído... e a partir daí começou a virar um modelo para os outros setores. Mas a universidade tinha, até esse momento, como não tinha uma legislação, tinha autonomia para gerir o seu... por que tem autonomia universitária, né... então, as pessoas pautadas nesses princípios, construíram essas ações tão importantes. E com relação ao NAASS, a nova política, ela não permite a criação de novos serviços por conta da Saúde suplementar, mas OS serviços que já tem, tem proteção social, então eles podem existir sim de forma residual.(P.6)”

Alguns participantes reagiram e alegaram que a legislação tem que ser observada, que no caso do ambulatório do servidor e outros exemplos citados que foram criados exclusivamente para atender uma categoria privilegiada, não pode existir no serviço público, afirma que isso não é justo. Esses participantes acreditam que o ambulatório do servidor nem precisaria existir se a política funcionasse. E ainda culpabilizam a política que muitas vezes é chamada de SIASS pelo fato do mesmo não ser integralmente eficiente quando não consegue atender as demandas de assistência dos servidores.

Outro participante consegue verbalizar seu desconhecimento sobre o tema Saúde do Trabalhador e seu entendimento particular das ações que são desenvolvidas no setor de segurança do trabalho que não tem respaldo legal no SIASS para os servidores públicos federais e por isso utilizam as leis que regem os trabalhadores da CLT.

*“Sobre o tema da saúde do trabalhador, como eu sou da área de segurança do trabalho, dentro do programa **eu não consigo falar nada**. Como a segurança do trabalho não tá dentro do programa, eu não falo nada referente a promoção da segurança do trabalhador no SIASS. A saúde ocupacional, sim, porque tem os exames periódicos, tem a perícia... talvez elas façam alguma coisa sobre dentro do SIASS. [...]Então, para segurança*

do trabalho na universidade que também depende muito do governo, como não tem uma administração específica, a gente trabalha muito dentro do contexto da CLT. (P5)(Grifo nosso)”

Com a criação da PASS e a inserção da ST no serviço público houve também a inserção de temas relacionados a essa corrente, que além de novos, demandam uma nova forma de se pensar a atenção à saúde, segurança e trabalho no serviço público. Obviamente numa mudança dessa magnitude é necessário que haja capacitação e entendimento desses processos pelos técnicos para direcionar o instrumento operacional que o SIASS propõe. E, pelas falas dos participantes ficou notório a falta de preparação desses profissionais para atuação na política, tornando-se relevante e urgente, medidas para sanar tais lacunas.

Foi relatado por três participantes o desconhecimento da UR da UFU ser tida como uma das mais completas e atuantes UR do Brasil.

2- Potencialidades x fragilidades da Política do SIASS

Visão da Gestão

Quando questionados quanto às possíveis alterações nas atividades individuais ou nas atividades desenvolvidas na DIRQS, percebeu-se divergências de opiniões entre os entrevistados.

Um dos entrevistados salientou que antes do SIASS os atendimentos psicológicos eram realizados há longo prazo, com possibilidade de maior acompanhamento dos servidores, o que não foi mais possível após a implantação do SIASS, visto que uma das suas “estratégias” situa-se na transferência dos atendimentos para a Saúde Suplementar, restando ao setor, os atendimentos de curto prazo. Tal mudança trouxe dificuldades para os servidores, o que foi referido como ponto negativo, como sugere o trecho extraído da entrevista:

“[...] teoricamente o governo deveria assumir realmente isso [os atendimentos]. Só que, com o SIASS a gente sabe que não trouxe isso de uma maneira efetiva, pois o convênio não abarcou com isso tudo”(E1)

Apesar das dificuldades apontadas, verificou-se que na promoção a saúde, o SIASS trouxe melhorias, pois começaram a trabalhar dando ênfase aos programas em grupo, principalmente em doenças crônicas, apesar dos relatos de baixa adesão. “do ponto de vista

técnico foi bom porque a gente desvinculou um pouco do consultório, e passou a trabalhar com grupos, que é o foco principal do SIASS” (E1).

Apesar do relato positivo, há relatos de pouca adesão dos servidores aos programas oferecidos. De maneira geral, o que dificulta a adesão varia desde o entrave criado pelas chefias, por não entenderem a importância de participar de um programa, até o desinteresse, comodismo ou não entendimento dos servidores da importância do se cuidar, como sugere um entrevistado: *“ele acha que tem que ser cuidado, mas ele ainda não entendeu que ele faz parte... ele também tem obrigação de se cuidar” (E2)*

Algumas estratégias são necessárias para melhorar a adesão, como sugerem os trechos que seguem:

“nós estamos tentando sensibilizar chefes, diretores, coordenadores da gente...”

“a incidência de absenteísmo do hospital é muito alta e até as chefias estão adoecendo pela sobrecarga devido às ausências dos servidores. Estamos trabalhando com conscientização de chefias da importância de participar de programa, das reuniões de reabilitação, dos exames periódicos e das campanhas de vacina que nós já fizemos.

“Das duas campanhas de vacina, a gente só conseguiu a adesão esperada por que o hospital tinha que apresentar o cartão de vacinação dos servidores públicos para conseguir a certificação para ele se manter aberto.....foi algo quase imposto, mas conseguimos...”

Para outro entrevistado, um ponto positivo da implantação do SIASS foi a melhoria na perícia e nos exames periódicos, que ocorriam anteriormente de forma precária, *“apenas para cumprir com a legislação” (E2)*. Segundo o mesmo, houve também melhoria do espaço físico como um todo por parte do governo.

Outro ponto positivo relatado foi a ampliação da vigilância que ganhou um setor próprio. Porém, trabalha-se com versões reduzidas devido às limitações gerais, gerenciais, políticas, dentre outras.

Observou-se pelas falas que apesar de limitações orçamentárias e de pessoal a universidade manteve por mais de 30 anos um espaço para pequenos atendimentos clínicos, perícias e realização de exames periódicos que vinculava a Saúde Ocupacional e o setor de segurança do trabalho. Ao longo dos anos os serviços foram se adequando as novas legislações e foi transformado em NASS.

Após alguns encontros nacionais envolvendo profissionais de RH, foi possível compatibilizar um protocolo para os órgãos públicos terem uma padronização no atendimento com base em dados epidemiológicos. Com isso, foi criado o SISOSP e, posteriormente o SIASS, que foi implantado de forma efetiva e está em vigência.

Segundo o entrevistado, o SIASS foi bom para “grande parte do país, o servidor de uma maneira geral foi muito beneficiado” (E2).

Na UFU o SIASS não trouxe muitas mudanças em relação às ações em si, porém, o mesmo serviu para aprimorar: normatização, regras e padronização. A DIRQS UFU tornou-se referência para a criação do SIASS no país, onde é citado como modelo de trabalho.

Um dos pontos que merece destaque é que: “faz parte do SIASS as equipes prestarem socorro, fazer os laudos, as revisões dos adicionais e outras ações nos outros órgãos”. Porém, conforme relato dos entrevistados nem sempre é possível devido ao quadro reduzido de pessoal.

Para um entrevistado, a unidade SIASS da DIRQS atende a 15 órgãos externos, como segue: Advocacia Geral da União (AGU), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), Instituto Federal de Educação e Tecnologia do Triângulo Mineiro (IFET), Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), Ministério da Fazenda - Ministério do Trabalho e emprego (MTE), Polícia Federal (DPF), Polícia Rodoviária Federal (DPRF).

O atendimento prioritário a todos os órgãos é a perícia, embora sejam realizados exames admissionais e demissionais em alguns destes. Para tal, são realizados acordos, conforme sugere a entrevistada:

“quando nós inauguramos, nós tínhamos que ter acordos de cooperação técnica com órgãos. Então nesses acordos a gente estipulou o tipo de serviço prestado e o que eles trariam de contraproposta para nós em retribuição ao atendimento”.

“por exemplo: a polícia rodoviária no cedeu recursos humanos, o INSS fez doação de ar condicionado, de computador, ele entra com o carro e as diárias do pessoal da perícia para fazer as viagens para Ituiutaba, então assim, eles já deram impressoras e outros materiais”

Outro ponto que merece destaque é o distanciamento entre o ministério e as unidades SIASS, não só da DIRQS, mas, de forma geral em todo o Brasil. Segundo o trecho que segue,

retirado da fala de um dos entrevistados, apesar de ser um projeto interessante e dinâmico, o SIASS não teve continuidade. Conforme segue as falas.

“Quando a gente precisa tem que mandar um ofício com uma solicitação para o MPOG e aí eles fazem um relatório que demora não sei quanto tempo... aí eles devolvem o relatório com o que você pediu mas, é algo bem limitado” (E3)

“Quando eles [o governo] queriam implantar as coisas, que pra nós foi muito bom também pois facilitou nosso trabalho, eles vinham em cima, eles estavam sempre presentes, era uma equipe técnica muito competente que dava muito suporte; mas, de repente foi mudando... Hoje mal conseguimos falar com eles por telefone, tem que mandar mensagem via alô SIGEPE, esperar o SIGEPE responder e, quando mandam uma resposta, na maior parte das vezes, é uma resposta em cima do muro, que não ajuda em nada” (E2)

Pensando nas dificuldades e fragilidades citadas, foi questionado aos entrevistados em relação às possíveis medidas de melhorias cabíveis frente ao cenário apresentado.

Um entrevistado sugeriu a transformação do ambulatório em saúde do servidor e, considerou essa como a mudança mais importante e, acrescentou que embora os setores não estejam 100% funcionando, a mudança tem que ser muito mais de ordem pessoal, da conscientização do papel desempenhado pela equipe.

Outro entrevistado também concorda que o problema maior ainda continua sendo de relacionamento interpessoal e ressaltou as dificuldades de trabalhar em conjunto embora sejam profissionais extremamente competentes e com conhecimento técnico excelente, mas, a dificuldade ainda é a maneira de trabalhar, de lidar com o grupo, o que reforça o conhecimento técnico individualizado como o praticado nos moldes da Saúde Ocupacional.

Para outro entrevistado, a questão do relacionamento interpessoal e do trabalho em equipe é um gargalo existente para além do SIASS, o que acentua a fragmentação do trabalho em “caixinhas” e, sem comunicação, como pode ser visto na fala a seguir:

“Independente de SIASS o que mais precisa fazer nessa equipe aqui é despertar a importância da multi e interdisciplinaridade porque aí as pessoas se misturam e fazem trabalho conjunto. Porque é muito difícil! O pessoal trabalha, mas cada um faz a sua parte, cada um no seu canto” (E3)

Apenas um dos entrevistados sugeriu uma melhoria como tentativa de homogeneizar a equipe, o que pode ser alcançada através da revisão do organograma da DIRQS.

Ficou claro pelas falas dos entrevistados que existem barreiras pessoais e de conhecimento profissional para harmonizar o ambiente de trabalho, embora tenham surgido relatos de tentativas passadas e recentes para mudar tal cenário.

Visão dos servidores

Os participantes elencaram dificuldades de implantação inicial do SIASS e que apesar de promessas de melhorias se perpetuaram até nos dias de hoje, tanto em relação à DIRQS quanto às outras unidades do país, como pode ser visto nos trechos que seguem:

“[...] na época eu acompanhei um grupo que foi criado sobre o SIASS, então nesse grupo, muitas pessoas relatavam as dificuldades, porque ao criar o SIASS foi prometido uma estrutura, como nós temos aqui, por isso vem bem casada essa questão de que nós somos privilegiados, entre aspas. No início, ia ter a equipe do médico do trabalho, assistente social, psicóloga, quer dizer, toda uma equipe multidisciplinar, e em algumas universidades do país isso não aconteceu então as queixas que eu acompanhei no grupo, as pessoas revezavam entre dois setores, exemplo: hospital e unidade SIASS e, foi falado que essa situação precária ia ser inicial e até o início do ano passado, eu tive contato com algumas pessoas e soube que isso ainda persiste no âmbito do Brasil, não daqui [UFU]. Eu tive a oportunidade de passar por outras universidades e vi muitas dificuldades, por exemplo, a questão de distância. Tem campus, pra vocês terem idéia, que eu acho que dá 500 km [distância da sede para trocar atestados].(P8)”

“[...] e a fala [sobre os órgãos externos], é que ia ter um prédio para o SIASS, essa estrutura da UFU já existia, então ia ser um prédio a ser construído, os funcionários iam ser capacitados para trabalhar no SIASS, falaram até em relação a diferença salarial e tudo mais... e hoje a gente vê que a gente continua tudo em base UFU, alguma coisa ou outra da junta médica que atende esses outros órgãos, mas assim... nem a DISAO atende (P9)”

Os desafios relatados pelos servidores são muitos e um dos mais expressivos estão relacionados com a lentidão da implantação das ações do sistema de informação SIASS.

“O Ministério do Planejamento chegou a dizer, “não, a gente tá estudando, vai implementar módulo vigilância agora” e a gente tá nisso há dois anos, que é o pessoal da segurança - SESET junto com a DISAO, a gente tá esperando muito lançar isso, porque tudo é trabalhado num diagnóstico, de acordo com isso a gente tem que fazer o diagnóstico da área pra depois se lançar as ações em cima da área. E a gente tá fazendo o que é possível, mas de mãos atadas (P9)”

Esse assunto foi exaustivamente tratado pelos servidores e tem a ver com o sistema operacional do SIASS não ser ‘funcional’, pois apesar de alimentar o banco de dados dos

servidores atendidos, os profissionais não conseguem ter o retorno para planejar as ações conforme a PASS recomenda. Para organização das Unidades de Referências do SIASS (UR-SIASS) foi criado um sistema de informação articulando a rede de UR e os serviços oferecidos para o cumprimento do dispositivo legal. Este importante instrumento foi denominado de Sistema SIAPE-Saúde o qual deveria ser alimentado e em contrapartida fornecer informações de perícias em saúde, exames periódicos, promoção da saúde e segurança no trabalho, este último ainda está em fase de implantação desde 2009, e segundo os participantes somente o módulo perícias em saúde tem um bom funcionamento.

Assim, ficou evidente certa desesperança na verbalização do participante [...] *“Então tem obras que não foram implantadas, a junta médica, beleza, perícia tudo lançado no sistema, tudo certinho, mas outros módulos não avançaram [...]”* (P9)

Além do sentimento frustrado confirmada por outro participante, o trecho que segue expressa o entendimento intencional do governo ao lançar tal política: *“A gente percebe o engessamento da política pública por viés de controle, porque é a única coisa [perícia] que funciona bem”* (P6)

Os relatos suscitam um fato interessante, que o único módulo que funciona bem é o da perícia em saúde. Este foi o primeiro modulo disponibilizado pelo Ministério do Planejamento, inclusive foi produzido um manual para o bom funcionamento do mesmo. Este fato traz evidencias que foram também relatadas no grupo focal como forma de controle governamental do trabalhador por meio das perícias, exemplificado na percepção da Participante 8 *“[...] a gente quer ser otimista, que a gente quer que seja no sentido de realmente fazer ações de prevenção, embora, tenha aquela linha que as pessoas acham que é controle, nós vamos controlar, agora vai ter uma perícia, né? Então tem esse lado aí...”*

O Participante 4 em tom de desabafo demonstra sua desmotivação com o SIASS principalmente nas ações de vigilância.

“[...] enquanto isso eu não me vejo trabalhando no SIASS me vejo trabalhando na UFU, eu atendo a UFU e somente a UFU. Inicialmente houve uma tentativa de contato com outros órgãos federais pra gente fazer alguma atividade ou outra, mas não tem banco de dados, não tem informações, também não tem motivação. A gente fica aqui passivo, esperando demandas pra atuar, não temos essa intervenção ativa, porque a gente precisa de uma recepção, a gente precisa de dados e nós não temos, quando alguém nos solicita propor com os dados que nós registramos, a gente faz atuação, porque não tem nenhum dado via SIASS, pelo menos no nosso modulo de segurança do trabalho. Veio aquele oba-oba “ah, vai entrar o SIASS, vai melhorar” pra nós aqui, pro meu módulo, não fez diferença alguma (P4)”

O participante 9 confirma em outro momento essa situação e chama de retrocesso esses pontos falhos na política.

“[...]eu também estou aqui há quatorze anos, e do que a gente tinha, algumas coisas melhoraram, realmente foram implantadas no sistema [SIASS] outras estão paradas e outras tiveram retrocesso... falo isso olhando pro lado mais da saúde ocupacional, os exames periódicos, e a gente tinha acesso aos relatórios gerenciais, a gente podia lidar com a informação pra promoção da saúde, hoje em dia, com o sistema, é tudo enviado pra Brasília e eles não mandam esse relatório de volta. Já ligaram, já foram até lá pessoalmente e não conseguem. Então, pra essa área foi um retrocesso. Eu acredito que vem pra melhorar, mas o módulo de vigilância até hoje não foi implantado (P 9)”

Os participam terminam por concluir que as ações não se efetivam nem na Instituição Sede da UR e muito menos para os órgãos externos partícipes que deveriam se beneficiar com as ações trazidas pela política. Isso é grave e sinaliza a não efetivação integral da política, como sugere o trecho extraído do GF: *a não abrangência dele [SIASS] não é somente na UFU, é dos órgãos federais [...] e isso [as ações] não acontecem nem aqui, muito menos nos órgãos externos (P8, P4)*

Outro ponto tratado pelos participantes foi o Acordo de Cooperação Técnica (ACT) firmado com outros órgãos federais da região para fins de viabilizar e otimizar a estrutura da UR na oferta das ações aos servidores federais. A Participante 6 revela dados interessantes sobre essa questão conforme segue:

“[...] depois da estruturação do SIASS, 60% da unidade foi renovada, assim a gente entende que quando os setores liberam funcionários, eles não vão liberar os funcionários mais ativos, mais dinâmicos, infelizmente foi assim, nós acabamos recolhendo os funcionários mais adoecidos, um público mais envelhecido, o pessoal que já está para se aposentar, então a gente recebeu sim em contrapartida esse aumento de funcionários, pra montar as equipes multiprofissionais, porque todos os setores são compostos por equipes de multiprofissionais, e a gente percebe que há grande investimento na implantação do SISOSP e no início do SIASS.”

Outro servidor relembra uma única doação de matérias que serviu para equipar a UR por um órgão partícipe e que acredita ser fruto do ACT logo no início da implantação do SIASS:

“[...] eu lembro, acho que isso foi em 2012, recebemos doações, não sei se foi da PRF ou da Federal de Apreensões de bastante equipamentos aqui pra unidade: televisão, videogame e vários outros matérias,[...] foi a única vez que eu vi algo que eu pensei ‘ah, teve uma contrapartida aqui pra universidade’, talvez não necessariamente nosso setor foi beneficiado mas a instituição, como um todo, recebeu material mas acho que foi a única vez que eu vi uma contrapartida que a universidade recebeu...[P4]”

Nos relatos acima percebemos que no início da implantação da UR ocorrida em 2010 foram disponibilizados servidores para compor as equipes multiprofissionais que são preconizadas na política e até materiais eletrônicos para equipar os setores, configurando desdobramentos dos órgãos federais para viabilizar a política. Porém, os servidores também reportam acontecimentos históricos que levaram a percepção de inflexão da política após morte do Secretário de Recurso Humanos do Ministério de Planejamento em janeiro de 2012, uma vez que, ele era um dos idealizadores da PASS. E, por conta de precarização de capacitação e de recursos os serviços mais conhecidos são da perícia médica e exames admissionais, demissionais e algumas pontuais ações de promoção da saúde.

“[...]depois da morte dele tivemos uma inflexão dessa política muito grande, a gente vê a precarização acontecendo dia a dia, tanto é, até nos documentos, nas bases legais a gente vê processos imensos, imensos, então assim, foi uma política muito bem pensada no momento histórico e foi, assim, muito lentamente avançando até chegar a esse ponto, de não capacitar, de não ter os recursos, a gente não recebeu qualquer ação, provavelmente, eu acredito, que as unidades de referência estão se tornando referência em perícia médica e exame admissional e demissional, é basicamente isso que elas oferecem às empresas [aos órgãos partícipes] eles não vão ter segurança do trabalho, não vão ter nada, a única coisa que a unidade de referência nossa oferece, do maior dos órgãos federais é simplesmente perícia, exame admissional e demissional.(P6)”

Em relação às ações de promoção da saúde, um participante relatou que são oferecidos aos órgãos partícipes algumas ações pontuais conforme solicitação do órgão e disponibilidade da UR, porém, confirma a precarização do serviço e reforça que a falta de recursos dificulta os objetivos.

“Temos algumas ações pontuais na área da promoção, mas, até mesmo em termos de recursos, fica muito a desejar. A gente tem preparação pra aposentadoria, que a gente oferece para os outros órgãos, palestras referentes à ansiedade e estresse, então quando o órgão solicita, a gente verifica se é possível atender à demanda naquele momento, sendo possível a gente sempre faz o atendimento (P10)”

Apesar das dificuldades até então levantadas, um participante recém-chegado ao serviço levantou pontos positivos e vislumbrou avanços nunca vistos em outros serviços, ou seja, ter equipes multiprofissionais para tratar as questões de saúde dos trabalhadores.

“Eu sou do setor de promoção da saúde e estou desde o começo do ano aqui, então ainda estou conhecendo o SIASS, eu vim de outro lugar, dentro da universidade que não tem uma política institucionalizada, então quando eu venho pra cá eu vejo uma equipe totalmente estruturada e multiprofissional. Então, por mais que hoje tenha uma equipe já defasada,

nesse outro setor que eu ficava, por exemplo, eu não tinha psiquiatra e era algo gritante, que precisávamos muito... então eu já vejo isso até como uma forma de cuidado com a equipe, de você ter uma estrutura de atendimento que você vai poder ter na base mesmo pra fazer o atendimento ao servidor, e então quanto a isso eu acredito que é um ponto muito positivo, a equipe.(P1)”

Outro ponto destacado pelos servidores foi a questão dos dados serem lançados no sistema SIASS que estão implantados (módulo perícias em saúde e exames periódicos) é operacionalizado em rede nacional pela internet, e que por questões da estrutura antiga do prédio que sedia a UR tem vezes que essa conexão não é possível, inviabilizando literalmente esse trabalho.

“O prédio aqui é muito precário nessa questão da internet, então o sistema de internet pura, e acontece de às vezes a gente ficar quase um mês sem internet (P.10)”

“Até três, eu acho! ... é bem complicado, ainda mais um sistema que exige internet, porque tudo precisa ser lançado no sistema, no setor de perícia (P.3)”

Nas narrativas também foi citada as dificuldades de funcionamento causada principalmente pelas diversidades de realidades das UR- SIASS espalhadas pelo Brasil. Por meio do sistema operacional SIASS, as UR-SIASS conseguem acompanhar e atender em trânsito as demandas principalmente de perícia em saúde inclusive dos servidores federais de outras regiões do país. Para tal, a UR onde o servidor está lotado tem que ter esses dados atualizados no sistema, porém muitas vezes não é possível fazer este atendimento pois, certas UR não dispõem ainda da implantação do sistema SIAPE Saúde integralmente.

“Se precisar fazer uma perícia em trânsito, o bom do SIASS é que ele pode fazer, o servidor pode ser atendido em outras unidades. Só que lá no Rio de Janeiro eles não lançam no sistema, então pra gente acompanhar essa servidora, [...] a gente tinha que entrar em contato com o SIASS de lá porque eles não lançavam. Se eles tivessem lançado, automaticamente a gente viria no sistema [...] mas, vemos que não está funcionando em vários lugares, não só aqui, eu acredito.(P3)”

A insuficiência de recursos humanos para atender as demandas da UR foi outro tópico que ganhou destaque e, que apesar do aumento de servidores para compor as várias equipes multiprofissionais de trabalho, faltam algumas especialidades importantes e mais uma vez reportam a falta de capacitação para atuar na política.

“[...] E mesmo assim ainda falta profissionais básicos, que é o mínimo que eles colocam pra completar a equipe: o fisioterapeuta funcional... tem vários outros profissionais que eles listam como o mínimo e aqui a gente não tem.

Tem vários às vezes, muitos psicólogos, mais de uma assistente social, mas a equipe mínima, básica, a gente não tem também.(P9)”

“[...] nós não atendemos os outros órgãos, até mesmo porque, porque nós, todos os setores aqui não têm pessoal suficiente pra atender todos os órgãos, entendeu?(P3)”

“eu ainda completaria aí, não só a questão do número de profissionais, eu iria mais além, a implantação de uma política requer muito mais, né? Que entraria a capacitação desses profissionais (P8)”

Chamou a atenção o relato de um participante lotado no setor de segurança no trabalho que, mesmo depois de cinco anos atuando na UR, não tinha conhecimento do que era o SIASS. Isso é sério e apesar das muitas dificuldades apresentadas pelos participantes na operacionalização política, o que este estudo evidencia um grave desconhecimento da proposta política pelos participantes, conforme o exemplo seguinte.

“Então, por ser segurança do trabalho a gente não tem qualidade pra falar do SIASS, eu tenho cinco anos de universidade e não teve uma ação dentro desses cinco anos pro serviço de segurança do trabalho. Até então eu não conhecia o SIASS até o ano passado, não tinha acesso nenhum, não... quando eu entrei não foi falado de SIAS no meu setor, eu não sabia o que meu setor[...] meu setor podia ajudar com o SIASS e o que o SIASS podia ajudar meu setor. A partir do ano passado a gente fez um trabalho em conjunto com a perícia, que o setor de segurança do trabalho também daria um parecer técnico, quando tivesse acidente de trabalho. Ai a gente também atuaria pra afirmar se aquele acidente é de trabalho ou não, então, só a partir do ano passado que eu fui ter acesso ao SIASS, mas foi por interesse de outro setor que nos procurou e não a gente... [...] (P5)[grifo nosso]”

O desabafo de outro participante relata que seu setor de segurança do trabalho funciona ‘precariamente’ e não são realizadas ações de promoção e prevenção de segurança no trabalho. As ações realizadas são mais de consultoria e sugestões de correções de irregularidades e que os laudos produzidos pelos profissionais da UR não têm poder de mudanças. Salienta também que as correções em sua maioria ocorrem após ocorrência de algum fato. Afirma ainda que quem decide se vai haver mudanças ou correções será a administração local, ou mesmo interesses particulares da administração. Na experiência do mesmo as mudanças são mínimas, ou seja, muitas vezes só alteradas administrativamente por conta de um contrato e que deveria constar o mínimo para estar funcionando dentro do serviço público e na verdade não tem. Essas situações permanecem colocando em risco a segurança do trabalhador.

*“Agora, falando do contexto da universidade, a segurança do trabalho seria promoção física e ambiental do trabalhador na instituição, no governo em si ou na UFU em si. Mas é extremamente precária, porque a saúde de segurança do trabalho tinha que trabalhar com a prevenção da universidade... **a gente trabalha só para correção, então primeiro ocorre***

para depois nos solicitarem para que a gente possa fazer algo para corrigir. Primeiramente nós somos só consultores. A gente não tem o poder de correção, então, às vezes nos solicitam apenas para documentos, suponhamos... mas o poder de corrigir fica sempre na parte da saúde administrativa, e dentro dessa área... eu tenho muita vivência dentro desse período que eu estou aqui. Mesmo tendo um padrão de segurança do trabalho não há correção... a não ser que haja interesse, ou algo tá muito gritante... mas minimamente tem uma correção na prática. Eu posso fazer um relatório hoje e posso voltar aqui em seis meses ou um ano que, teoricamente, o que era mais grosseiro, o que precisava mais, não é mudado. Pode mudar alguma coisa no administrativo, que não entra recurso, mas quando se fala que entra recurso, não entra. Eu tenho base que a gente já fez relatório de laboratório que o servidor nos solicitou que tem o nosso parecer e as mudanças que a gente solicitou não ocorreram, a não ser administrativamente. [...] Então você vai ver que tem uma normativa bem contratual que trata esse assunto, agora... sobre norma de laboratório acadêmico, o que que teria que ter no mínimo para estar funcionando dentro do serviço público? Não tem. (P5)”

Uma outra questão levantada por dois participantes, ainda em relação à ausência de módulo operacional no sistema SIASS é a falta de um banco de dados que possa embasar o planejamento de ações educativas de prevenção

“Como a gente não está logado no sistema, a gente não tem informação nenhuma. Efetivamente para o setor de segurança do trabalho, não consegue trabalhar nem na prevenção e nem na quantidade de dados pra gente entender, conseguir quantificar esses acontecimentos dentro da universidade.(P5)”

“O setor realiza relatório para atender as demandas locais por meio de busca ativa que as vezes envolve mais de um setor, mas isso é pontual e desenvolvido somente na instituição sede da UR, os órgãos partícipes não recebem essas ações (P10)”

“Pra ter uma efetividade ele [relatório técnico] tinha que estar dentro do sistema pra todo mundo acompanhar e ver quais as demandas da universidade em relação a esses setores. Como que está o ambiente de trabalho. Então, o que a gente faz, é tudo interno. A gente gera nossos relatórios, mas dentro do sistema ninguém consegue ler [...] o sistema não nos engloba, não nos atende. (P5)”

O grupo foi instigado a verbalizar de forma reflexiva os pontos negativos ou pontos falhos da UR e que acreditam que possam dificultar a adesão as ações propostas. As questões elencadas, a saber: promessas diversas que não foram cumpridas(promessa não cumprida de remuneração diferenciada para trabalhar no SIASS; falta de autonomia; promessa de prédio próprio e adequado) estrutura precarizada, sentimento de frustração; aumento do trabalho; inflexão da política, insuficiência de recursos humanos para atender demanda; supervalorização da perícia em detrimento das ações de promoção; ações de saúde focadas só

no trabalhador visando manter a produção; baixa adesão aos programas, ausência de capacitação para os técnicos atuarem na política; inexistência de orçamento para algumas ações; sentimento de insegurança por falta de um planejamento eficaz, pouco repasse de informação da gestão para os técnicos na resolutividade das demandas; iniquidade de ações para os servidores federais de outras cidades e para os órgãos partícipes e a não implantação do módulo segurança do trabalho no SIASS e apatia dos profissionais da UR na busca pela intersetorialidade, no engajamento da política e na ausência de capacitação.

A despeito dos pontos positivos da UR, foram ressaltados: satisfação profissional com as ações exitosas; a criação de uma base legal para respaldar as ações de acordo com as demandas regionais; aumento de servidores para compor as equipes multiprofissionais atender as demandas do SIASS; equipes multiprofissionais para tratar as questões de saúde dos trabalhadores, estrutura da UR, modernizações tecnológicas que trouxeram melhorias na organização nos serviços e oferta de mais ações aos servidores, a institucionalização da política e a liberdade de criar ações para atender demandas; a interação profissional com os órgãos partícipes; um acompanhamento especial para os servidores com relação aos planos de saúde evitando que os mesmos sejam lesados; intersetorialidade entre perícia em saúde e segurança no trabalho; criação de um banco de dados nacional via SIASS; a existência de um local estruturado para atender as demandas dos servidores

“O que eu acho importante é... eu sou do setor de promoção à saúde e estou desde o começo do ano aqui, então ainda estou conhecendo o SIASS e tudo... eu vim de outro lugar, dentro da universidade que não tem uma política institucionalizada, então quando eu venho pra cá eu vejo uma equipe totalmente estruturada, né... e multiprofissional. Então assim, por mais que hoje tenha uma equipe já defasada, né... nesse outro setor que eu ficava, por exemplo, eu não tinha psiquiatria e era algo gritante, assim, que precisávamos muito... então eu já vejo isso até como uma forma de cuidado com a equipe, de você ter uma estrutura de atendimento que você vai poder ter ali a base mesmo pra fazer o atendimento ao servidor, né...e então quanto a isso eu acredito que é um ponto muito positivo, a equipe. (P1)”

Por fim, um dos participantes referiu entusiasmo para expressar suas grandes expectativas na questão da capacitação em ST no sentido de instrumentalizar os trabalhadores que atuam no SIASS, visando dar sentido ao trabalho na UR e efetivar a política. E por consequência melhorar as condições de vida e trabalho de seus pares os servidores federais. Aproveita a fala e destaca alguns desafios que devem ser enfrentados pela UR como a falta de intersetorialidade e a manutenção de uma forte corrente conceitual distante da PASS. Também elenca uma grande potencialidade, um quadro seleto de profissionais competentes e

engajados na execução de suas ações em prol dos servidores federais, ao qual aliados a capacitação em ST mudaria o cenário atual. Esta falada foi reforçada por outro pesquisado que acredita que a educação transforma e derruba muros.

3- Relação entre o trabalho prescrito pelo SIASS e o trabalho real da DIRQS

Visão da Gestão

Para um entrevistado, no primeiro momento, o SIASS teve uma visão “*bem legalista*”, priorizou-se unir “*saúde ocupacional, engenharia da segurança e perícia, para criar dados epidemiológicos*” (E2), pois, o governo não tinha dados sobre absenteísmo e adoecimentos dos servidores. Em um segundo momento, a ideia era trabalhar as causas de adoecimento em programas de prevenção e promoção. Já os atendimentos seriam encaminhados para saúde suplementar que foi implantada enquanto setor, pelo SIASS.

Ainda para o entrevistado, a política do SIASS trabalhava com a ideia de uma equipe de trabalho, porém, “*a DIRQS manteve a estrutura de setores já existente, para facilitar a organização e o funcionamento do serviço e tentou trabalhar em grupo*”, porém, seja devido a problemas de relacionamento com a diretoria ou a resistência do grupo de trabalhar em conjunto, nem todos os setores conseguiram a atuação almejada, como segue a fala a seguir:

“nós ainda temos muitas caixinhas [departamentos, setores] separadas, nós temos a perícia numa caixinha, saúde ocupacional em outra, engenharia em outra, promoção noutra. O pouco que a gente conseguiu juntar todo mundo foi no programa qualidade de vida. As outras ações ainda continuam sendo ações isoladas” (E1)

Sobre os projetos, ações e programas desenvolvidos em cada coordenação foi possível perceber o qual compartimentado e fragmentado é a diretoria, diferente do que preconiza a política.

Segundo uma entrevistada, uma das coordenações tem os programas de: Oficina da vida que abrange ações da área de dependência química, não só a prevenção como também o atendimento e assistência, para o servidor e suas famílias, as fundações, como a Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia - FAEPU e alunos, se precisarem. Porém, os atendimentos são de curto prazo e, posteriormente há encaminhamento para saúde suplementar.

Em outra coordenação as ações são consideradas “legalistas, para cumprimento de lei, como a perícia, que seguem protocolos já definidos engessados e limitados. Nela, além do

médico, também participam psicólogo e assistente social, quando necessário. Além desta, existem investigações de acidentes pela engenharia de segurança, laudos ambientais, laudo individual, os adicionais que fazem parte do salário, realização de palestras de acordo com as especificidades de cada área, treinamento de incêndio, de equipamentos, de proteção. Dentro do setor de promoção e assistência a promoção tem-se também o curso de auto-estima, que ajuda as pessoas com depressão, o curso de controle das finanças, o pré aposentadoria, e o de qualidade de vida que é feito EAD – Educação a Distância .

Existia também uma proposta do MPOG para incluir uma gratificação para quem trabalhasse dentro da unidade SIASS, denominada Gratificação Temporária das Unidades dos Sistemas Estruturadores da Administração Pública Federal (GSISTE). Porém, várias mudanças políticas ocorreram e a gratificação não saiu do papel. Segundo um entrevistado, muita gente aceitou participar do SIASS contando que vinha a gratificação e como a gratificação não veio com isso, algumas pessoas acabaram saindo das unidades e, alguns órgãos deixaram de existir.

“fizeram uma propaganda enganosa. Isso foi um ponto negativo, que criou uma frustração em muitas pessoas que estavam se dispondo a fazer o trabalho” (E3)

Visão dos servidores

Foi colocada uma questão importante com relação as UR-SIASS espalhadas pelo país, apesar da PASS ser uma política para padronização as ações para todos os servidores públicos federais, foi dado pelo Ministério do Planejamento autonomia de se criar os serviços de acordo com a realidade e isso produziu muita diversidade de serviços.

As UR são locais que deveriam privilegiar ações de vigilância e promoção da saúde dos servidores públicos federais e estas deveriam ser subsidiadas pela perícia em saúde e assistência em saúde por meio dados epidemiológicos visando ser trabalhadas as demandas locais, porém, tais dados embora explicitados na política, não são disponibilizados para UR após serem inseridos no sistema do governo.

Um fato citado e que demonstrou confiança dos participantes na pesquisa é a autocritica de um serviço que não atende as demandas dos servidores usuários da UR e pode inclusive camuflar a verdade. Como exemplo as narrativas descrevem como são realizados os pareceres de acidente de trabalho e sobre o serviço de habilitação que nem sempre são feitos de maneira correta. Os participantes justificam essas ações por questões de engessamento das

leis que regulam o serviço público e que não oferecem uma saída legal por incompletude da lei.

“É um parecer muito inútil, porque passa pela perícia o acidentado, os profissionais mais qualificados são os engenheiros ou os técnicos da segurança do trabalho, aí eles encaminham pra nós, automático “ó, dá um parecer pra liberar no sistema aqui pra mim se isso aí realmente tem elementos que são acidentes de trabalho” e quanto ao acidente, a gente tem que fazer uma investigação mais aprofundada, não é simplesmente pegar um documento e às vezes o servidor até está aqui na perícia e vem lá na hora e fala com a gente e a gente fala “não, foi acidente e pronto”... não é assim que funciona, mas é o que tá funcionando.[...]E aí a gente tem que comparecer lá só pra não ficar muito assim... descarado... porque... isso aqui não tem muitos elementos de acidente de trabalho. E... a gente fala que não foi acidente ou que não tem os elementos suficientes pra afirmar se foi acidente ou não, mas, pra mim, não tem efetividade nenhuma.(P4)”

“No serviço de reabilitação, o servidor é afastado e depois é feito uma reunião onde a chefia vai falar se eu aceito o indivíduo naquele setor ou não. Mas vamos supor que ele não é, mas não porque ele não queira, o serviço não tem como absorver aquela mão de obra daquela forma. Não é dado pra esse servidor um apoio, você chega até a questão psicológica[...]a questão da readaptação é uma questão muito complexa, porque mexe muito com a questão psicológica da pessoa (P8)”

Algumas ações são desenvolvidas de modo singularizado na UR pelo fato do módulo de segurança não ter sido implantado no SIASS, fazendo que a UR pense em ações de prevenção local e não como parte de uma política.

A Participante 6 retoma questões históricas da política para tentar explicar ao grupo que a política foi pensada para ser uma construção coletivamente com os técnicos nas UR e nas falas anteriores das participantes, o que se percebe é que os técnicos não sabedores desse detalhe aguardam soluções prontas para resolver todas as questões da política. Essa situação é tensa pois, revela mais uma vez falta de preparo para atuar na política e que por conta dos relatos angustiantes dos participantes que esperam solução ou buscam alternativas fora da política para atender as demandas locais acenam que esse desconhecimento possa ser a causa da falta de efetividade integral da política.

“[...] a gente percebe nitidamente a falta de informação pra trabalhar na política. Porque essa política foi pensada em um governo que realmente, naquele momento estava pensando no trabalhador público federal. E os programas, os projetos, eles são montados pelas equipes técnicas e são levados para o ministério, e as pessoas não sabem disso, até mesmo pra cobrar. Não se monta o serviço, e o pessoal está esperando o programa com a receita de como fazer, mas não é assim, é o inverso... são os técnicos que

tem que montar esses programas e levar pro MPOG e aí é isso [...] o que falta realmente, essa parte... essa parte, essa educação, essa capacitação de você trabalhar com essa política[...] (P6)”

A Saúde do Trabalhador, está na política (SIASS) e traz alguns termos, como, por exemplo, “promoção”, “prevenção” e “vigilância dos ambientes e dos processos de trabalho”. Esses temas não são tratados nas correntes da saúde ocupacional e medicina do trabalho e que eram práticas anteriores ao marco da PASS. E conforme já tratados anteriormente, não houve efetivamente capacitação para se trabalhar com essa nova política que traz uma teoria nova e na prática as ações não são efetivadas. Demonstrando assim conforme a narrativa da participante que na prática ocorreu poucas mudanças após a implantação da política mais observadas num modelo de organograma e com manutenção das práticas das antigas correntes. E que as ações mais efetivas e com mais adesão tem a ver com a assistência aos adoecidos. Demonstrando que na realidade existe uma legislação cuja corrente é a Saúde do Trabalhador e na prática as correntes MT e SO

Na verdade, as práticas, as mudanças às vezes foram assim de um organograma um pouquinho diferente que alterou algumas nomenclaturas, mas as práticas continuam as mesmas. Tanto é que ela virou referência dessas práticas antigas que existiam antes da legislação. E isso assim, a gente ainda percebe. Assim, com relação a promoção, que é uma área que eu conheço um pouquinho mais, a gente percebe que tem muitas ações, muitas ações mesmo... o portal tem 11 temas, essa instituição, essa unidade, aborda 10 dos 11 temas, então assim... praticamente ela é a mais completa que nós temos. Só que a gente vai analisar os programas e a gente vê que é atendimento aos adoecidos. Nós temos um plantão de acolhimento, mas quem que vem? Quem está adoecido e em crise. Por exemplo, outras ações... nós temos um médico psiquiatra que faz consulta para saúde mental porque a pessoa tá adoecida, né... a gente percebe isso e as ações que não tem esse foco no adoecimento não tem adesão, as pessoas não participam...(P6)

Verbalização referem que o PASS é a inserção da ST no serviço público, e no serviço público os trabalhadores são chamados de servidores e não trabalhadores. Reiterando assim que a política implantada é para a saúde do servidor não é da saúde do trabalhador e ao mesmo tempo se incorpora alguns ‘termos de saúde do trabalhador’, ‘induzem os técnicos a pensarem na lógica do ministério do planejamento e orçamento’, na questão capital, na questão de custos. Então são percebidas dificuldades ou pontos obscuros e complexos como: o entendimento da política, o planejamento das ações, a efetivação das dificuldades principalmente de adesão ao instituído e a frustração. Assim há evidências de intencionais mazelas na implantação da política.

Para melhor compreensão dos resultados apresentados, procurou-se comparar a visão da gestão e a visão dos servidores subordinados expressos nos núcleos das categorias temáticas 1, 2 e 3, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Comparativo entre a visão da gestão e a visão dos servidores subordinados, expresso nos núcleos das categorias temáticas

Categorias Temáticas			
Participantes da pesquisa	1-Percepção do termo ST e incorporação nas práticas da DIRQS segundo a lógica do SIASS.	2- Potencialidades x fragilidades da Política do SIASS	3- Relação entre o trabalho prescrito pelo SIASS e o trabalho real da DIRQS.
Visão da gestão	Apesar do não entendimento aprofundado do termo e do campo teórico-prático da ST, os entrevistados, afirmam que as práticas da DIRQS incorporam a ST na lógica do SIASS.	<p>Potencialidades: normatização e padronização dos procedimentos; ampliação do espaço físico; aquisição de equipamentos; aumento de recursos humanos; ampliação dos programas de promoção.</p> <p>Fragilidades: implantação parcial da política; distanciamento do governo; insuficiência de recursos humanos e materiais.</p>	O trabalho realizado pelos servidores ocorre de forma setorizada, oposta ao preconizado pelo SIASS, devido a formação dos servidores e, dificuldades de interação para execução conjunta das práticas do SIASS.
Visão dos servidores	A maioria dos servidores afirmou desconhecimento do termo e do campo ST, despreparo da equipe em termos de capacitação e não incorporação nas práticas da DIRQS.	<p>Potencialidades: normatização e padronização dos procedimentos; ampliação do espaço físico; aquisição de equipamentos; aumento de recursos humanos.</p> <p>Fragilidades: implantação parcial da política; distanciamento do governo; insuficiência de recursos humanos e materiais; perda de autonomia; impossibilidade de acesso aos dados dos servidores.</p>	O trabalho realizado pelos servidores continua nos moldes da MT e da SO de forma setorizada, oposta ao preconizado pelo SIASS, devido a falta de recursos e amparo do governo para assessoramento da UR.

Legenda:

Pontos convergentes

Pontos divergentes

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores.

DISCUSSÃO

Esta seção está imbuída de tecer uma compreensão dos elementos constitutivos da gênese política dos sistemas de proteção social dos trabalhadores celetista e estatutário brasileiro, a saber: o Sistema Único de Saúde (SUS) e principalmente da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), objeto desse estudo e do seu eixo estruturante o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) e a relação destas com o campo de estudo e aplicação política denominada Saúde do Trabalhador.

No contexto da regulamentação da política de ST do mercado formal e estatutário Martins et al (2017) afirma que em 1940 com a regulamentação do trabalho no Brasil, por meio da CLT houve o início de uma proteção social e a uma regulação do trabalho, com foco no conceito de saúde ocupacional (preservação das forças do trabalho e restrito em atividades de assistência e fiscalização), porém de forma seletiva e dirigidas a alguns segmentos sociais. Para os servidores públicos não havia nenhuma regulamentação ou mesmo instrumento de proteção à saúde.

No entanto, segundo as autoras, em 1988 houve importantes conquistas sociais oriundas da nova Constituição entres elas, a criação em 1990 do SUS, que universalizou o atendimento à saúde e também do RJU que criou um arcabouço legal específico aos servidores públicos. Assim acontecem as primeiras medidas de proteção ao servidor estatal por meio de normas específicas de regulação, porém restrita a licenças médicas e aposentadoria por invalidez, e que de forma incipiente dá início ao processo de *“superação da dicotomia histórica dos direitos trabalhistas e previdenciário que atuava como condutores hegemônicos das condições e vida e saúde no trabalho”* (MARTINS et al, 2017, p 2.).

A partir desse contexto, ocorre nas políticas públicas o fortalecimento de um novo modelo, denominado Saúde do Trabalhador pautado nos princípios dos SUS (integralidade, universalidade, equidade e participação social), referendado pelos conceitos de “promoção, vigilância e participação em saúde” e que se destina a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, bem como a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores imersos aos riscos e agravos oriundos das condições de trabalho (BRASIL, 1990a).

Chama a atenção o fato de o MPOG utilizar no texto da política do SIASS os mesmos princípios do SUS e termos específicos do campo ST. Para Martins et al, (2017), a

construção do SIASS sofreu influência da construção do SUS e principalmente do processo de construção da PNSST /2011, iniciando desde 2005

A primeira tentativa de estruturar e regulamentar um sistema de proteção social para o servidor público foi em 2006 com a instituição do Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor Público (SISOSP), porém segundo Zani et al. (2015, p. 90,), são bastante escassos os relatos sobre a organização concreta de serviços sob orientação do SISOSP. Estes autores elencam que na prática o SISOSP serviu apenas como uma manifestação de “[...] boas intenções governistas para com a saúde do servidor público”. O que se percebeu foi uma grande vulnerabilidade das ações voltadas à atenção da saúde do servidor público e que não integrava uma política pública, isto deixaria os servidores em desamparo frente aos diferentes governos. Além disso, até nominalmente o decreto evidenciou que os princípios da Saúde do Trabalhador tinham uma “frágil penetração” em uma área ainda hegemônica da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional. Tais afirmações corroboram com os achados do presente estudo.

Na pesquisa foi observando que existe pouca ou quase nenhuma integração entre os setores e inexistente a troca de conhecimento entre os profissionais da Diretoria. Tal achado vai ao encontro da pesquisa de Diniz, Almeida e Carrijo (2008) que, ao reportar a historicidade, relembram que anteriormente ao SISOSP e, conseqüentemente ao SIASS, as ações eram ligadas à mesma Pró-reitora de Recursos humanos que sedia a UR, o que sugere a setorização e conseqüente fragmentação das ações.

Sobre a interação setorial, a partir das respostas dos pesquisados, fica evidente que uma das potencialidades para realização das ações é a articulação intrasetorial, porém, essa interação não ocorre com outros setores das equipes da DIRQS/UFU, por isso, a não articulação intersetorial.

Os autores supracitados ressaltam que em seu estudo, os diversos profissionais de saúde que compunham os setores da diretoria trabalhavam de “forma isolada e com pouca participação nas decisões gerenciais” e as ações realizadas eram referendadas na visão higienista e com pouca problematização coletiva com os servidores. (DINIZ, ALMEIDA e CARRIJO 2008).

Tal realidade descrita pelos autores se perfaz na DIRQS/UFU, onde existe um distanciamento entre os setores e os profissionais multidisciplinares. Os pesquisados afirmam que o foco do trabalho é de assistência da saúde, existem poucas ações promocionais

e preventivas e pouca intersetorialidade. As questões interpessoais são “conflituosas” e caracterizadas pelo não envolvimento conforme um dos participantes que cita: “que cada um fica isolado na sua caixinha e não tem interesse nenhum em saber o que tem na caixa ao lado”.

Por esta perspectiva, a lógica do SIASS não se faz presente nas atividades da DIRQS e, ao mesmo tempo assemelha-se ao que ocorre na política de Saúde do Trabalhador que, mesmo existindo no SUS desde 1990, ainda se encontra separado em uma “caixinha” e, segundo Lacaz (2007; 2016) não foi incorporado pelas vigilâncias e pela Atenção Primária à Saúde, o que gera dificuldades para execução das ações (Costa et al, 2013; Vasconcelos, 2013).

Além disso, o modelo atuante na DIRQS mais próximo do assistencial e distanciado das ações de promoção também se assemelha ao que ocorre com a ST no SUS. Conforme acentua Machado (2011) a vigilância em saúde vem indicando caminhos para a construção de um novo modelo de atenção na perspectiva de superação dos paradigmas médicos-assistenciais e sanitários vigentes nos SUS. Porém, embora a perspectiva da política de ST seja mais próxima da visão da vigilância em (da) saúde, observa-se acentuada dificuldade de inserção institucional e relacionamento intrainstitucional para sua efetivação, dado que a estrutura das instituições do SUS ainda se encontra fortemente sedimentada nos moldes das vigilâncias epidemiológica e sanitária. (CORRÊA, PINHEIRO E MERLO, 2013).

Para Ferreira (2014) a PASS que deu origem ao SIASS foi positiva em seu texto legal, por conta de uma teoria muito bem estruturada e de vanguarda na contemporaneidade que alinhou os servidores públicos aos trabalhadores da iniciativa privada. Tal reconhecimento se faz presente na fala dos gestores e servidores pesquisados.

A política em si, segundo o governo federal, possibilitou a elaboração de normas, a padronização de procedimentos e a racionalização de recursos, com uso de informação para ação, projetos de formação e canais de comunicação, e foi constituído coletivamente com as áreas de recursos humanos dos órgãos federais, técnicos de saúde e entidades sindicais. Ademais, salienta o governo que está fundamentada na abordagem biopsicossocial, em informação epidemiológica, na inter-relação entre os eixos, no trabalho em equipe multidisciplinar, no conhecimento transdisciplinar e na avaliação dos locais de trabalho em que se considere os ambientes e as relações de trabalho (BRASIL, 2009b).

Sobre tal afirmativa, os participantes sinalizam afirmativamente a padronização no atendimento, a normatização e a possibilidade legislativa de encaminhamentos, com a criação de fluxo e de programação, que não existiam anteriormente. Porém, ressalta-se que a mudança se deu principalmente na área de perícia, onde também houve ampliação do espaço físico e maior número de profissionais.

Porém Ferreira (2014) na prática a PASS evidenciou muitas falhas de execução e implantação principalmente no âmbito governamental por parte do MPOG.

O presente estudo confirma as percepções de Ferreira (2014), em que os pontos negativos das verbalizações sinalizam: distanciamento do governo após implantação do módulo perícia; a não implantação de outros módulos promocionais e preventivos, como é o caso do setor de engenharia de segurança do trabalho; pouco investimento em orientações e capacitações voltadas à política o que desencadeou o desconhecimento conceitual acerca do campo Saúde do Trabalhador; impossibilidade da UR ter acesso às informações inseridas no módulo de perícia e saúde ocupacional via sistema informatizado do SIASS além de falhas e pouca comunicação entre governo e UR.

Sobre a não implantação de outros módulos, o estudo percebeu em especial, a dificuldade enfrentada pelo SESET a partir da implantação do SIASS.

Existe uma lacuna entre o SIASS e o departamento de engenharia de Segurança do trabalho observado pela inexistência de ferramentas que incluam a participação da segurança do trabalho na plataforma, embora na Portaria Normativa nº 02 de 22 de março de 2010, em seu art. 12 no inciso II, III e IV, esteja explicitada a necessidade das unidades SIASS possuírem setor de segurança do trabalho, como se lê:

“Art: 12 Compete às Unidades do SIASS:

I – realizar perícia oficial: ação médica e ou odontológica com o objetivo de avaliar o estado de saúde para o exercício das atividades laborais;

II – atuar na prevenção aos agravos, promoção e acompanhamento da saúde: ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento dos servidores, tanto nos aspectos individuais como nas relações coletivas no ambiente de trabalho;

III – executar ações de vigilância para avaliar os ambientes e a organização de trabalho, com emissão de relatório ambiental contendo medidas de mudança das condições de trabalho, visando a promoção à saúde, no âmbito dos órgãos partícipes do Acordo de Cooperação Técnica.

IV – avaliar ambientes de trabalho e emitir laudos técnicos para fins de concessão de adicionais ocupacionais, no âmbito dos órgãos conveniados, partícipes do presente Acordo.

V – executar as atividades pactuadas neste instrumento, com fiel obediência ao plano de trabalho; citar que cada unidade SIASS deverá ter um setor para perícias”.(BRASIL, 2010a, p. 4)

Devido à inexistência de qualquer tipo de suporte na Plataforma SIASS, o SESET fica totalmente desamparado nas suas ações, o que foi evidenciado na pesquisa pelas falas de servidores dentro do setor que desconhecem o SIASS e a sua importância e, que nunca tinham ouvido dizer que o SIASS abarcava a engenharia de segurança.

Além dos apontamentos anteriores, os participantes também verbalizaram alguns motivos pontuais que consideram negativos para a operacionalização da política, como o pequeno grupo de trabalhadores para operacionalizar as ações o que ocasiona limitações gerais, gerenciais e até política. Outro ponto ressaltado é a não possibilidade de acompanhamento dos servidores já que foi transferido para saúde suplementar, inviabilizando um dos objetivos da política que é de produzir o perfil epidemiológico dos servidores adoecidos.

Segundo Lacaz (2007), a saúde ocupacional é identificada pelas práticas e conhecimentos da clínica, medicina preventiva e epidemiológica clássica mediante a tríade “agente-hospedeiro-ambiente” conforme proposta da OMS. Segundo a medicina preventiva que usa termos como riscos, prevenção, adaptação e proteção que com finalidade de interceder na saúde dos trabalhadores, essa visão é descontextualizada das relações político-ideológicas, econômicas e sociais que influenciam os nexos saúde trabalho-doença. Esse tipo de abordagem é parte da concepção cartesiana de corpo como máquina, visando relacionar a influência dos fatores mecânicos, ergonômicos, físicos, químicos e biológicos presentes nos locais de trabalho com o corpo/hospedeiro.

Ainda de acordo com Lacaz (2007), os limites epistemológicos desse tipo de visão cartesiana fazem com que a saúde ocupacional deixe de assimilar e compreender outros tipos de relações tais como: ritmo, organização do trabalho, duração da jornada, hierarquia, turnos de trabalho, fragmentação/conteúdo das tarefas e controle de produtividade, essas relações impactam na saúde causando doenças crônico-degenerativo e distúrbios psíquicos aos trabalhadores. Desse modo a saúde ocupacional tem pouco a contribuir pois deixa de considerar os nexos mais complexos sobre a identificação das doenças do trabalho

Um entrave a nível local sinalizado pelos participantes foi a dificuldade nas relações interpessoais o que ressaltou as dificuldades de trabalhar em conjunto embora sejam profissionais extremamente competentes e com conhecimento técnico, o que reforça o

conhecimento técnico individualizado como o praticado nos moldes da Saúde Ocupacional, o que configura a fragmentação do trabalho e falta de intersetorialidade (LACAZ, 2007). Fica evidente que existem barreiras estruturais, pessoais e de conhecimento profissional para efetivação da política.

Assim, pôde-se perceber que o MPOG que criou as diretrizes da PASS não apoiou as ações executivas, o que corrobora com o estudo de Ferreira (2014) ao afirmar que as UR's, executaram a política de acordo com seu entendimento e estrutura, inclusive por desconhecimento da política.

Portanto verificou-se que a situação atual da DIRQS após oito de implantação do SIASS, continua parecida com a anterior da implantação da política, ou seja, marcada por grandes dificuldades de operacionalização de ações em prol do servidor público federal e ainda demonstrando forte influência dos modelos teoricamente superados de medicina do trabalho e saúde ocupacional. Tais achados corroboram com Zanin, et al (2015, p. 94) ao afirmar que a implantação da PASS ocorreu de forma equivocada, pois ainda são percebidos nos estudos sobre sua operacionalização, que a UR “centraliza as ações no dano, no adoecimento, e não na promoção da saúde”, ou seja, ainda se observa uma ancoragem profissional voltada as antigas correntes que balizam os serviços médicos anteriores a implantação da política. Tal constatação pode ser verificada também ao observar a formação acadêmica e pós-graduada dos participantes do estudo e à falta de treinamento e capacitação dos trabalhadores da UR para atuar na política.

Para Lacaz (1997, p.14), a “formação de recursos humanos com uma visão clara de sua função social é tarefa central nesta luta” pela efetivação da Saúde do Trabalhador. Assim mediante os fatos, esta pesquisa sinaliza a importância de se promover a capacitação dos responsáveis pela efetivação da política com fundamentos teóricos, na concepção da Saúde do Trabalhador e engajadas política e eticamente com a integralidade das questões de saúde e trabalho dos servidores públicos federais

Para tal salienta-se que a educação permanente em saúde é uma prerrogativa do SUS por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) publicada em 2004 e, se faz presente na política nacional de ST através das diretrizes do PNNST conforme sinalizam as diretrizes a seguir:

IV -As ações no âmbito da PNSST devem constar do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho e desenvolver-se de acordo com as seguintes diretrizes:

- a) inclusão de todos trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde;*
- b) harmonização da legislação e a articulação das ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador;*
- c) adoção de medidas especiais para atividades laborais de alto risco;*
- d) estruturação de rede integrada de informações em saúde do trabalhador;*
- e) promoção da implantação de sistemas e programas de gestão da segurança e saúde nos locais de trabalho;*
- f) reestruturação da formação em saúde do trabalhador e em segurança no trabalho e o estímulo à capacitação e à educação continuada de trabalhadores; e (grifo nosso)*
- g) promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e saúde no trabalho;” (BRASIL, 2011, p. 2)*

Uma vez que a política do SIASS incorporou em seu textual as diretrizes e princípios do SUS e do campo ST, seria pertinente que o SIASS também abrangesse os princípios da PNEPS com foco na ST.

Outro ponto que merece destaque é o distanciamento da operacionalização da PASS no que diz respeito aos seus próprios eixos, a saber: 1-perícia oficial, 2- assistência médica e 3- ações de vigilância e promoção da saúde.

A perícia oficial ou profissional ocorre como a já conhecida perícia médica oriunda da Consolidação das leis do Trabalho - CLT por meio do INSS, aos moldes da medicina do trabalho, onde o médico é detentor da decisão sobre os casos.

A Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal tem como função:

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

Desta forma a perícia oficial em saúde é um “ato administrativo que consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral, realizada na presença do servidor por médico ou cirurgião dentista formalmente designado”, bem como a criação de juntas oficiais, revisão de aposentadorias por invalidez, gerando mais transparência e uniformização das perícias em saúde, para fins de compromisso com o retorno ao trabalho e na preservação de preceitos éticos entre o perito e o periciado. (BRASIL, 2010a, p.1)

A perícia médica é realizada por uma equipe multiprofissional cuja função é emitir decisões periciais, avaliar ambientes e processos de trabalho e acompanhar os servidores com afastamentos por motivo de saúde, inclusive dando suporte no tratamento e nas restrições

afim de integrar os demais eixos: assistência, prevenção a agravos e promoção à saúde. Essa equipe é formada por médico e ou cirurgião dentista (atividade pericial oficial) e os profissionais periciais de apoio que são: psicólogo, assistente social, técnico de enfermagem ou de saúde bucal. (BRASIL, 2010a).

A perícia médica do INSS fundamentada pelo art. 2º da Lei nº 10.876, de 2004, com redação dada pela Lei nº 13.135, de 2015 caracteriza-se pelo exame pericial ser realizado apenas pelo médico perito da instituição (BRASIL, 2018). Para Dos Santos, Herkenhoff (2013, p. 8) a avaliação médico-pericial é complexa por se tratar não só de situações ligados ao adoecimento do segurado, mas principalmente, aspectos ligadas as tarefas exercidas pelo mesmo e com o ambiente de trabalho, o que por vezes, necessita de uma análise mais refinada de conhecimentos específicos para além dos conhecimentos médicos.

Ao contrário, o modelo de perícia do SIASS trouxe um texto inovador ao ampliar o quadro de profissionais para atuarem em perícia de forma conjunta. Porém, na prática a fundamentação de decisão pericial não avançou na mesma vertente e, além de não incluir ações conjuntas com a vigilância. Ao analisar ambos os sistemas periciais, fica nítido que a lógica empregada é ainda a da Medicina do trabalho, segundo Mendes e Dias, (1991), onde a figura principal continua sendo a do médico perito, detentor de tomadas de decisão e por configurar fiscalização e controle por meio de acompanhamento médico das condições de saúde dos trabalhadores, com intenção de manter o modelo produtivo por meio de controle de corpos

Já a assistência à saúde dos servidores públicos foi incorporada à saúde suplementar, decisão orquestrada pelo MPOG e aceita pelos próprios servidores federais consultados à época, o que cria um distanciamento da saúde pública e retira a responsabilidade do governo pela saúde dos seus servidores.

A Portaria Normativa da Secretaria de Recursos Humanos nº 3, de 15 de setembro de 2009 foi construída para regulamentar a parceria público-privada do benefício da Saúde Suplementar e obriga as operadoras e planos de saúde a oferecerem a cobertura mínima de rol de procedimentos de assistência médico-odontológica para os servidores. Esse benefício financeiro tem rubrica de despesas obrigatório no orçamento e foi universalizado para custeio **parcial** do plano de saúde a todos os servidores públicos que se associarem e seus dependentes legais. (BRASIL, 2010b).

Tal escolha enfrenta forte resistência por parte dos defensores do SUS por

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

Uma questão que surgiu no processo de implantação e manutenção da saúde suplementar, é que tal política obriga os servidores a dispor de uma contrapartida financeira para usufruir dos planos de saúde. E, devido aos reajustes nos preços praticados pelos planos de saúde, muitos dos servidores se descredenciam e ficam desprovidos dessa assistência, ou seja, é um serviço que não consegue atender às reais demandas da PASS.

Importa lembrar que a assistência médica para servidores federais por meio da saúde suplementar é totalmente desarticulada com os objetivos da PASS, que defendem a utilização das informações desse eixo, para a construção do perfil epidemiológico dos servidores para fins de direcionar as ações em prol da integralidade da saúde dos mesmos. Tal objetivo não é alcançado pois, não existe interligação entre dados da assistência privada com a saúde pública ou com os órgãos estruturantes da política.

Antes de discutir o eixo 3, sobre as ações de vigilância, cumpre lembrar que tal terminologia emana do SUS e que a implantação de ações da vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no sistema público de saúde é recente e que relaciona-se às realidades e potencialidades loco-regionais que giram em torno da força e do envolvimento das organizações de trabalhadores no que se refere às questões saúde e trabalho e, institucionalmente, dependem de fatores como as políticas loco-regionais, a estrutura organizacional, a capacidade de recursos instalada; a qualificação dos profissionais e, por último, as relações interinstitucionais e intersetoriais (LACAZ, MACHADO e PORTO, 2002; COSTA El al, 2013; LACAZ, 2016; VASCONCELOS, 2013)

A expressão Vigilância em Saúde foi consolidada com a criação do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), em 1990, pela elaboração das ações de vigilância e controle das patologias e, pela criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, em 2003, que tem com responsabilidade coordenar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde em todo o território brasileiro. (BRASIL, 2009b).

Além disso, a VISAT constitui-se em uma prática inter(trans)disciplinar, multiprofissional, intra/interinstitucional e intersetorial, que ultrapassa os limites do setor saúde, mas deve estar subordinada aos princípios do SUS a partir do uso de instrumentos e

métodos de epidemiologia, da higiene do trabalho, da ergonomia, entre outras, e que necessita da participação efetiva dos trabalhadores (DIAS, 1994)

Do ponto de vista operacional, as experiências de VISAT são aqui entendidas com a informação para a ação/intervenção em ambientes, condições e processos de trabalho, de maneira contínua no tempo e com participação/controle social. O pressuposto dessa ação é o controle da exposição/ sujeição dos trabalhadores na perspectiva de prevenir agravos à saúde cuja manifestação pode ocorrer seja, como sofrimento, dano, exigências, cargas, desgaste, doenças ou acidentes (CORRÊA, PINHEIRO E MERLO, 2013)

Nessa direção, segundo a política do SIASS as informações em saúde, produzidas pela perícia oficial em saúde, por meio da base de dados epidemiológicos e indicadores que contribuem para a consolidação da PASS são definidos como essenciais, principalmente para o planejamento de “ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho, e para a criação de programas de promoção a saúde que tenham impacto no processo saúde, doença e trabalho” (BRASIL, 2010).

Contrariamente ao prescrito, observou-se que as informações da UR não retornam à unidade. Ou seja, todos os dados dos servidores inseridos na plataforma do MPOG que podem resultar em um perfil epidemiológico, se tornam acessíveis ao tratamento governamental que não é compartilhado com a base, o que acarreta na impossibilidade de planejamento de ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho, e criação de programas de promoção a saúde, a partir de tais dados. Os profissionais da UR realizam no limite, ações possíveis a partir de demandas e diagnósticas locais quando possível.

Os conceitos de vigilância de processos e ambientes de trabalho no contexto da ST foram incorporados na teoria, pelo MPOG, quando da criação do SIASS. Porém, pelo que se observou, não são operacionalizados nas ações desenvolvidas pelos setores envolvidos nessa política.

Ademais, o não acesso às informações pela UR poderia ser uma falha do sistema operacional, porém após oito anos de implantação do SIASS e inúmeras solicitações dos servidores, pode-se inferir que não há interesse do ministério do planejamento na divulgação de dados, seja para se resguardar ou, porque a finalidade da criação da política para acesso aos dados seja exclusivamente para seu controle e reorientação orçamentária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa buscou-se desvelar a partir da criação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) e da implantação de seu eixo estruturante, que é o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), as percepções dos servidores federais responsáveis pela criação e manutenção das ações em ST. Neste sentido uma das grandes questões norteadoras foi entender as concepções conceituais dos participantes sobre a política que hoje representam.

A política do SIASS incorporou em seu texto os princípios do SUS e termos próprios do campo ST, tais como “vigilância em ambientes e processos de trabalho, organização do trabalho”, dentre outros, o que desperta a atenção pelo fato de ser a primeira política voltada aos servidores públicos com tal enfoque e, que partiu do Ministério do Planejamento, denominado MPOG à época da publicação, sem a participação do Ministério da Saúde.

Porém, ao que pôde ser verificado no estudo, as práticas da DIRQS e demais URs do país, retratam os moldes da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, cujo sistema operante gira em torno de perícias e exames admissionais e demissionais. A esse respeito, acrescentam-se as deficiências teórico-práticas advindas da formação graduada das equipes; a formação pós-graduada que, em sua maioria permeia os modelos da MT e SO e, a inexistência de treinamentos, capacitação e educação continuada, o que poderia, no limite, preencher as lacunas acerca do termo “ST”.

Outro ponto que merece destaque é que, embora incorpore os princípios do SUS, o SIASS parece caminhar na contramão do mesmo, visto que cria um setor de saúde suplementar para direcionar o atendimento dos servidores desvinculando-os desse modo, do direito à saúde pública, definido pela Constituição Federativa do Brasil de 1988, em que coloca como dever do Estado o seu provento. Tal lógica adota pelo sistema público reproduz fortemente os moldes do sistema privado, onde o convenio medico é trasvestido como uma plus ou uma vantagem adicional.

Outra barreira que dificulta as ações das UR é a subordinação da mesma aos departamentos de recursos humanos das instituições que as sediam, o que pode influenciar as decisões gerenciais de acordo com as mudanças ocorridas nas políticas locais dos órgãos federais, e retirar a autonomia política da UR, além da descontinuidade dos serviços e projetos iniciados por outras gestões, por questões políticas.

Tais limitações somadas ao distanciamento do ministério do planejamento após implantação do SIASS, momento em que o módulo da perícia já se mostrava atuante, reforça o que foi apontado por alguns participantes da pesquisa, quanto a real intenção de tal política. Será que a motivação partiu da necessidade de cuidado com a saúde e segurança no trabalho dos servidores ou, teria sido a necessidade de controle como forma de gestão de recursos?

Por ser recente e não existirem estudos que coincidam com o foco desta pesquisa, fica difícil postular uma teoria a esse respeito, o que poderá ser possível a partir de novos estudos e acompanhamento da política em outras UR do SIASS nas diversas regiões do país.

Porém, pode-se inferir que, apesar de serem políticas distintas, o SIASS assim como as duas políticas de ST (PNSST e PNSTT) têm em comum seu texto rico e abrangente em termos de vigilância e saúde voltada aos trabalhadores, porém, na prática, não são integralmente operacionalizadas.

REFERÊNCIAS

ALVES, G.; SANTOS, J. B. F. (Org.). **Métodos de Técnicas de pesquisa sobre o mundo do trabalho**. São Paulo: Bauru, 2014.

AZEVEDO, A.L. **Panorama da Vigilância em Saúde do Trabalhador**: abordagens, produção científica e estado das práticas. 2013, 90f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde, VIII**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986

_____. Ministério da Saúde. Divisão de Saúde. Relatório Final da **1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

_____. Casa Civil. **Lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990b**. DOU 12/11/90. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998**. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html>. Acesso em: 16 maio. 2017

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004a**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004b**. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html>. Acesso em: 13 jun. 2018.

_____. **Legislação em saúde**: caderno de legislação em saúde do Trabalhador. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. CONGRESSO NACIONAL. **Decreto nº 6.833 de 29 de abril de 2009a**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm>. Acesso em: 27 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009b**. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 dez. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252_da_vigilancia_em_saude_0501_atual.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2016.

_____. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria Normativa Nº 2 de 22 de março 2010a.** Disponível em: <<https://conlegis.planejamento.gov.br/conlegis/redirectDownload.htm?id=7661>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

_____. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria Normativa nº 3 de 7 de maio 2010b.** Disponível em: <<https://conlegis.planejamento.gov.br/conlegis/redirectDownload.htm?id=7771>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010c.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html>. Acesso em: 13 jun. 2018.

_____. **Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011.** Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho-PNSS. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm>. Acesso em: 17/01/2018.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor - DESAP: **Proposta para instrumentalizar e fortalecer a rede SIASS.** Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 06 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **SINAN-net: Sistema de Informação de Agravos de Notificação,** 2015. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sinan_net/default.asp>. Acesso em: 14 maio 2015.

_____. Ministério da Educação. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=28>>. Acesso em: 5 jul. 2016.

_____. **Ministério da Saúde.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/767-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/saude-do-trabalhador/28350-visat>> www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/98port3120.pdf>. Acesso em: 16 maio. 2017

_____. **Manual Técnico de Perícia Médica Previdenciária/Instituto Nacional do Seguro Social.** Brasília, 2018. 132 p. Disponível em: file:///C:/Users/Ilda%20Costantin/Desktop/ARTIGOS%20PARA%20DISSERTA%C3%87%C3%83O/Manual-T%C3%A9cnico-de-Per%C3%ADcia-M%C3%A9dica-2018.pdf. Acesso em 09 jun. 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 8 jun. 2018

CORRÊA, M. J. M.; PINHEIRO, T. M. M.; MERLO, A. R. C (Org.). **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: teorias e práticas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

COSTA LEÃO, L. H. **Nas Trilhas das Cadeias Produtivas: Subsídios para uma política integradora de vigilância em saúde**. 2011 193f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

COSTA, Danilo et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. jun 2013, vol.38, no.127, p.11-21. ISSN 0303-7657

DIAS, E. C. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia**. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

DINIZ, G. R. S; AMEILDA, J. H.; CARRIJO, M. A. **Qualidade de vida e saúde do servidor Público: um desafio possível**. Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia, 2008

DOS SANTOS, E. G.; HERKENHOFF, P. P. A. Análise Comparativa Entre a Atuação da Perícia Médica do Servidor Público Federal e a do Segurado na Previdência Social na Gerencia Executiva Vitória-ES. **COGNITIO/PÓS-GRADUAÇÃO**

UNILINS, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/147>>. Acesso em: 09 jun. 2018

ESCANIO, D.; LUNARDELLI, M. C. Saúde e qualidade de vida na empresa familiar. **Psicologia: Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 159–177, 2007.

FERREIRA, A. S. **Análise do processo de implementação das ações de promoção e prevenção em saúde preconizadas na Política de Atenção à Saúde do Servidor (PASS): o caso da Unidade SIASS/UnB**. 2014. 83 f. Monografia (Especialização) - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/1874/Angela_Ferreira_TCC_EGPessoas4.pdf?sequence=1>. Acesso em: 8 jun. 2018.

FIGUEIREDO, I. M. et al. Qualidade de vida no trabalho: percepções dos agentes comunitários de equipes de saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 262–267, 2009.

FUNDACENTRO. Ministério do Trabalho e Emprego. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Brasília, v.38, n. 127, jan./jun. 2013.

GOMES, C. A. P. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (Org.). **Instrutivo para execução e avaliação das ações de vigilância em saúde**. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

GUERRA, E. L. A. **Manual de Pesquisa Qualitativa**. Minas Gerais: Belo Horizonte:Grupo Ânima Educação, 2014.

GUNTHER, H. Como elaborar um questionário. In: _____. **Planejamento de pesquisa nas ciências sociais**. Brasília: Universidade de Brasília, 2003.

JUNIOR, S.C.; SILVA, M.N.; MEOLAS, E. **Os 20 Anos do SUS e a Odontologia do Trabalho**. 2010. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/12/55.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2017.

LACAZ, F. A. C. O Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: a agonia de uma proposta, **Saúde em Debate**.36: 41-7, 1992.

_____. **Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical.** Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas, 1996. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313672>>. Acesso em: 07 jun. 2017

_____. **Saúde dos trabalhadores:** cenário e desafios. Cadernos de Saúde Pública, v. 13 (supl. 2), p. 7-19, 1997.

_____. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad Saúde Pública. Abr 2007; 23(4):757-766. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>

_____. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. In: LOURENÇO, E. et al. (Org.). **O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador.** São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 199-230.

_____. Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador. **Rev. bras. Saúde Ocupacional.** 2016, vol.41.

LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. H. M.; PORTO, M. F.S. **Projeto estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil.** Relatório Final. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador/arquivos/Sala187.pdf>>. Acesso em 04 de abril 2017.

LACAZ, F.A.C.; VECIA, P. R. L.; SILVA, V. P. **Gestão do Trabalho em Saúde: buscando a construção de uma Política de Saúde do Trabalhador da Saúde no âmbito municipal.** In: Francisco Antônio de Castro Lacaz; Patrícia Martins Goulart; Virginia Junqueira. (Org.). **Trabalhar no SUS: Gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde.** 1ed. São Paulo: Hucitec, 2017, v. 1, p. 330-367.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LAVILLE, C.; DIONE, J. **Construção do saber:** Manual de metodologia da pesquisa em ciências Humanas. Tradução de Lana M. Simon. Belo Horizonte: Artmed, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde. **Caderno de Organização das Práticas de Saúde do Trabalhador.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2014.

_____. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Caderno Saúde do trabalhador.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2015.

MACHADO, J. M.H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2017.

MARTINS, M. I. C. et al. A política de atenção à saúde do servidor público federal no Brasil: atores, trajetórias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1429-1440, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1429.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política.** Livro I. (18ª ed.). São Paulo: Civilização Brasileira, 2001.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. **Rev. De Saúde Pública,** v. 25, n. 5, p. 341-349. São Paulo: 1991

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2017.

MINAYO-GOMEZ, C, MACHADO, J.M.H, PENA, P.G.L. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz, 87-106, 2011. <https://doi.org/10.7476/9788575413654>

MINAYO, M. C. S. Mudança: conceito-chave para intervenções sociais e para a avaliação de programas. In: MINAYO, M. C. S. ASSIS, S. G. SOUZA, E. R. S. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 53-71.

_____. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

_____. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 13.ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MONIZ, A.P.B. **Saúde ocupacional no século XXI: qual o papel do médico de família?** 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732016000600003&lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2017.

MONKEN, M.; BASTISTELLA, C. **Vigilância em saúde – Aspectos históricos**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

NOSELLA, P. Trabalho e educação. In: _____. **Trabalho e Conhecimento: Dilemas na Educação do trabalhador**. São Paulo: Cortez, 1989.

OMS. **A riqueza de uma empresa depende da saúde dos trabalhadores**. Disponível em: <http://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2017.

PARANA. Secretaria do estado da saúde. Disponível em: <<file:///G:/Material%20Mestrado/Mestrado/Projeto/Material%20para%20Pesquisa/Vigil%C3%A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde%20conceitos.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

_____. Secretaria do estado da saúde. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=323>>. Acesso em 16 de maio 2017.

PIMENTA, M. M. Grupos focais: conceito, aplicação e desenvolvimento. In: ALVES, G.; SANTOS, J. B. F. (Orgs.). **Métodos de Técnicas de pesquisa sobre o mundo do trabalho**. São Paulo: Bauru, 2014.

PINHEIRO, T. M.M. **Vigilância em saúde do trabalhador no SUS: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância**. Campinas: Unicamp, 1996.

RENAST. **Vigilância em Saúde do Trabalhador, 2014**. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/vigilancia-saude-trabalhador>>. Acesso em: 08 jul. 2017.

_____. **Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, 2015**. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/vigilancia-saude-trabalhador>>. Acesso em: 08 jul. 2017.

SATO, L.; LACAZ, F. A. C.; BERNARDO, M. H. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 11, n. 3, p. 281-288, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2016.

SIAPENET. **Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE**. Disponível em: <<https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/listaDocumentosPorTipo.xhtml>>. Acesso em 01 dez. 2017

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3. p. 507-514. 2005.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. **Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Federal (SIASS)**. Disponível em: <<http://www.progep.ufu.br/siass>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

_____. **Pró-reitoria de Gestão de Pessoas – PROGEP**. Disponível: <http://www.progep.ufu.br/sites/proreh.ufu.br/files/apresentacao_dirqs.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2016.

_____. **Cartilha - Conheça a DIRQS direito**. DIRQS. Uberlândia

VASCONCELLOS, L.C. F. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. Dez 2013, vol.38, no.128, p.179-198. ISSN 0303-7657

VENTURA, M.M.O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Revista SOCERJ**, Rio de Janeiro; v.20, n. 5, p. 383-386, set. /out. 2007.

ZANIN, F. C. et al. **Política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público no Brasil**. Brasília, DF: ANDES-SN, 2015. Disponível em: <<http://www.andes.org.br/imprensa/publicacoes/imp-pub-226911099.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2018.

Apêndice 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

(Jailton)

- 1) Quando da implantação do SIASS na DIRQS, você já trabalhava aqui? Se sim: poderia me dizer se houve alteração nas atividades realizadas em prol do servidor? Quais?
- 2) Você poderia dizer qual a sua percepção ou definição do termo “Saúde do Trabalhador”? (tem alguma diferença entre saúde e saúde do trabalhador?)
- 3) Nas atividades desenvolvidas pela DIRQS na lógica do SIASS foi incorporado o termo ST? (na prática). De que forma? Você poderia me descrever?
- 4) Você poderia me dizer se os trabalhadores foram orientados em relação ao SIASS? (Se houve cursos, capacitações, ou outras formas; como foi, quanto tempo, etc).
- 5) Poderia me descrever quais e como são as ações, projetos e programas desenvolvidos sob sua coordenação/gerência/direção?
- 6) Você avalia que essas ações, projetos e programas desenvolvidos sob sua coordenação/gerência/direção incorporam a ST? Ou ainda estão sendo pensados na lógica da MT e da SO? Poderia explicar as razões? Você pensa que tem relação com a formação da equipe?
- 7) Em sua opinião, quais os pontos positivos e negativos da implantação do SIASS? (pensando no serviço, nas atividades desenvolvidas pelo sua coordenação e pela DIRQS)
- 8) Se você pudesse sugerir alguma modificação no trabalho realizado pela sua coordenação e, pela DIRQS, no sentido de melhorá-lo ou de superar alguma dificuldade ou fragilidade, o que poderia sugerir?

Apêndice 2

Roteiro do Grupo Focal

“PERCEPÇÕES E AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHADOR A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO SIASS: ESTUDO DA DIRETORIA DE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DO SERVIDOR (DIRQS) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA/MG”

1. Abertura (aquecimento) tempo previsto de 10 minutos

- Motivos da realização do Grupo Focal
- Informar sobre: Confidencialidade e Participação voluntária
- Comunicação de gravação de áudio
- Leitura e Assinatura do TCLE

2. Abordagem do tema (grupo focal propriamente dito)

Bloco 1 (aproximadamente 10 minutos)

- **Visão e conhecimento dos participantes sobre Saúde do Trabalhador**
Percepção ou definição do termo
Diferença entre saúde ocupacional e saúde do trabalhador

Bloco 2 (aproximadamente 10 minutos)

- **Conhecimento / entendimento da DIRQS na lógica do SIASS**
Percepção/ Entendimento/ Importância do SIASS
Mudanças antes e após o SIASS, na prática.
Capacitação, treinamento para o SIASS

Bloco 3 (aproximadamente 10 minutos)

- **Ações realizadas pela DIRQS X Prática em relação a ST**
Ação realizada pelo participante (caso tenha feito) ou que tenha presenciado
Como a ST se incorpora às ações na prática
Pontos positivos e negativos da implantação do SIASS

3. Fechamento/encerramento do grupo (aproximadamente 10 minutos)

- Espaço para comentários e perguntas.
- Agradecimento.

Apêndice 3

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO AOS PROFISSIONAIS

I. IDENTIFICAÇÃO

1. Idade: _____

2. Sexo: () Masculino () Feminino

II. FORMAÇÃO

3. Nível de escolaridade:

() Ensino Médio completo

() Ensino Superior incompleto

() Ensino Superior completo

() Outro: _____

4. Se nível técnico, qual curso? _____

5. Se graduado, qual curso superior? _____

6. Pós-Graduação:

6.1. Especialização: () Não () Sim – Qual? _____

6.2. Mestrado: () Não () Sim – Qual? _____

6.3. Doutorado: () Não () Sim – Qual? _____

III. ATUAÇÃO NA ÁREA

7. Há quanto tempo atua na área da saúde?

() menos que 01 (um) ano

() de 01 a 02 anos

() de 02 a 04 anos

() acima de 05 anos – Quantos? _____

8. Há quanto tempo atua na DIRQS em ações em Saúde do Trabalhador?

() menos que 01 (um) ano

() de 01 a 02 anos

() de 02 a 04 anos

() acima de 05 anos – Quantos? _____

9. Já havia trabalhado em outras ações em Saúde do Trabalhador antes de atuar nesta instituição?

() Sim Qual? _____

() Não

10. Qual seu tempo neste trabalho semanalmente?

() 10 horas ☐ 20 horas ☐ 30 horas ☐ 40 horas

() outro Qual? _____

11. Atua em outras instituições ou serviços?

() Sim Tempo de trabalho semanal: _____ Qual? _____

() Não

12. Você participa de reuniões de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pela/na DIRQS/UFU?

() Sim

() Não

IV. EDUCAÇÃO PERMANENTE

13. Nos últimos doze meses, você participou de atividades de formação continuada/educação permanente (cursos, oficinas, seminários, dentre outros)?

() Sim Qual? _____

() Não

14. A instituição na qual atua ofereceu nos últimos doze meses oportunidades de formação continuada/educação permanente (cursos, oficinas, seminários, dentre outros)?

() Sim Qual? _____

() Não

15. Quais temas gostaria de discutir em atividades de formação continuada/educação permanente?

VI. AVALIAÇÃO DOS DESAFIOS/POTÊNCIAS NAS AÇÕES DOS SERVIDORES DA DIRQS

16. Qual característica considera mais POSITIVA na DIRQS?

17. Na sua percepção, qual característica considera mais POSITIVA nos projetos/programas em Saúde do trabalhador da DIRQS/UFU no (s) qual (is) atua?

18. Na sua percepção, quais são os principais desafios/dificuldades enfrentados nos projetos/programas em Saúde do trabalhador da DIRQS/UFU?

Apêndice 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**ESTUDO DAS PERCEPÇÕES E AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA DIRETORIA DE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DO SERVIDOR -DIRQS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Jailton Deotides da Silva Oliveira e Profa. Vivianne Peixoto da Silva, do Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT/UFU). Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar, a partir das percepções dos profissionais, as iniciativas voltadas à saúde de trabalhadores de Universidade Federal de Uberlândia com ênfase no enfoque das ações, projetos e programas; no trabalho em equipe, no público atendido, na adesão bem como nos avanços e desafios.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Jailton Deotides da Silva Oliveira no momento das coletas de campo. Caso você participe, será necessário responder a um questionário e conceder entrevista semiestruturada (somente gestores) referente à experiência com os programas em saúde do trabalhador existentes na DIRQS/UFU. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos consistem na identificação dos participantes da pesquisa, o qual será controlado pelos pesquisadores para que seja garantida a privacidade dos participantes e o sigilo das suas informações pessoais. Os mesmos serão identificados por meio de identificação numérica. Os resultados serão publicados em artigos científicos e ainda assim a sua identidade será preservada. Os benefícios virão a partir da identificação de riscos e impactos à Saúde do Trabalhador a fim de subsidiar estratégias/medidas que possam minimizar e controlar tais fatores.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Jailton Deotides da Silva Oliveira pelo telefone 034 3225 8081/8078, 034 991804499. e Vivianne Peixoto da Silva pelo telefone (34)3291-5970. Poderá também entrar em contato com o

Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131

Uberlândia, de de 2017

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

Anexo 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DAS PERCEPÇÕES E AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Pesquisador: VIVIANNE PEIXOTO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68968117.3.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.319.368

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores:

A Vigilância em Saúde é, hoje, um dos grandes desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para a Atenção Primária em Saúde (APS) em especial. Conceitualmente, a Vigilância em Saúde envolve ações de promoção, prevenção, proteção e o controle das doenças e dos agravos à saúde e engloba: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), Vigilância da Situação de Saúde e Promoção da Saúde. Em termos gerais a vigilância em saúde é um lugar de conhecimento e mediações no campo da saúde coletiva ou individual, com vinculações institucionais com o SUS cujo objetivo é atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença que atinge os trabalhadores. Recentemente foi feita a publicação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), pelo Decreto Presidencial nº 7.602, de 07 de novembro de 2011, que representa um marco histórico na abordagem

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta.

Bairro: Santa 3

1 M UBERLÂNDIA

F: MG

unidade: A

E-mail:

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,

Continuação do Parecer: 2.319.368

Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente por meio da articulação das ações de governo, com participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores. 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. Para que as instituições federais consigam implementar a VISAT foi criado em 2009, através do Decreto 6.833, o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) cujo objetivo é:

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. A Universidade Federal de Uberlândia (UFU) localizada no Estado de Minas Gerais, foco deste estudo, está inserida no sistema SIASS e a Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS) é responsável por este sistema. Para que o cuidado com a saúde do servidor seja efetivo está previsto no SIASS a criação de Unidades de Referência, onde uma destas referências no estado de Minas Gerais é a UFU, com objetivo de melhorar a aplicação dos recursos orçamentários e otimizar o uso racional dos materiais, equipamentos, força de trabalho, imóveis e instalações. Em relação à saúde dos trabalhadores, podemos observar que os ambientes e as condições inadequadas de trabalho são os principais responsáveis pela incidência, cada vez maior, dos acidentes do trabalho e do adoecimento dos profissionais. Em vista disso, é fundamental conhecer a percepção de risco para prevenção e promoção da saúde no trabalho, identificando e controlando os fatores de risco para a saúde, presentes nos ambientes e condições de trabalho, bem como prevenir e tratar danos aos servidores.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta.

Bairro: Santa 3

1 M UBERLÂNDIA

F: MG

unícioio: A

E-mail:

O conhecimento da relação entre o risco ocupacional, acidentes de trabalho e as doenças que vitimizam os trabalhadores, elevando os custos sociais advindos, é importante para criar alternativas que minimizem e previnam a saúde desses servidores. Devido a isso, a UFU tem um Setor de Engenharia de Segurança do Trabalho (SESET) que tem um papel fundamental para que a política da VISAT e do PNSST sejam efetivas. Nesse contexto, é relevante compreender as percepções dos servidores dessa Universidade inserida na DIRQS sobre a vigilância em saúde e de Segurança e Saúde no Trabalho tendo em vista que a forma como compreendem a vigilância e a Saúde do Trabalhador influenciaram diretamente na forma como atuam junto aos servidores.

Metodologia

Delineamento da pesquisa

A pesquisa ora proposta consiste no estudo de caso descritivo e explicativo, posto que, pretende compreender o modo como a segurança do trabalho está estruturada no contexto da Vigilância à Saúde do Trabalhador da UFU. A dimensão explicativa refere-se à análise da percepção dos servidores envolvidos na efetivação da vigilância à saúde. Tendo em vista os objetivos da pesquisa, a metodologia qualitativa guiará o processo de coleta por meio de entrevistas e grupos focais. Além disso, considerando a necessidade de caracterizar os profissionais e as ações desenvolvidas no âmbito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, empregar-se-á a metodologia quantitativa. Assim, de acordo com Minayo (2010), será adotada a estratégia de triangulação de métodos que consiste na articulação das metodologias quantitativa e qualitativa.

Campo de estudo e amostra da pesquisa

No Brasil, conforme o Ministério de Educação existem 52 IFES distribuídas da seguinte maneira: 7 na região Norte, 14 na região Nordeste, 4 na região Centro Oeste, 20 na região Sudeste e 7 na região Sul. Dentre as 20 IFES existente no Sudeste 12 estão no Estado de Minas Gerais. A instituição que será estudada se localiza no Estado de Minas Gerais e possui uma Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS) que tem ações baseadas em atividades de implementação na área de saúde especificamente do servidor, integrando os processos de trabalho entre as áreas de engenharia de segurança, perícia e saúde ocupacional, identificando situações de risco e desenvolvendo ações de prevenção de agravos, diagnóstico, reabilitação e programas de

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta.

Bairro: Santa 3

1 M UBERLÂNDIA

F: MG

unicípio: A

E-mail:

promoção à saúde. Esta Diretoria está inserida no SIASS desde 2010. Além de atender seus funcionários, a instituição também atende aos servidores de outros órgãos da administração federal dentre eles estão: Advocacia Geral da União (AGU), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), Instituto Federal de Educação e Tecnologia do Triângulo Mineiro (IFET), Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), Ministério da Fazenda - Ministério do Trabalho e emprego (MTE), Polícia Federal (DPF), Polícia Rodoviária Federal (DPRF). (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, 2016).

Abordagem e recrutamento dos participantes

Os participantes da pesquisa serão convidados a participar de forma voluntária. Inicialmente serão convidados todos os trabalhadores da DIRQS e, comporão a amostra os que se dispuserem, após esclarecimentos e assinatura de um Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo se dará em três etapas, a saber:

1ª Etapa: Aplicação de questionários a todos os servidores lotados na DIRQS: 112 servidores.

2ª Etapa: Coleta de entrevista semi-estruturada com um a dois servidores de cada setor da DIRQS, variando de 8 a 16 profissionais.

3ª Etapa: Realização do grupo focal com os servidores que atuam no Setor de Segurança do Trabalho.

Critérios de inclusão

Serão convidados a participar da pesquisa todos os trabalhadores que atuam na DIRQS desde que estejam em pleno exercício profissional, ou seja, não estejam de férias, que aceitem participar da pesquisa e concordem em assinar o TCLE.

Critérios de exclusão:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta.

Bairro: Santa 3

1 M UBERLÂNDIA

F: MG

unicípio: A

E-mail:

A amostra não incluirá os trabalhadores terceirizados/contratados que atuem na DIRQS por não constituir foco deste estudo. Também não farão parte os servidores que estiverem de férias no momento da pesquisa e aqueles que se recusarem a participar da pesquisa ou assinar o TCLE

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o projeto:

Objetivo Geral - Compreender a percepção dos trabalhadores nos setores responsáveis pela saúde e segurança dos servidores/trabalhadores no que tange a vigilância em Saúde do Trabalhador da UFU.

Objetivo Específico:

Caracterizar as ações, projetos e programas ofertados aos trabalhadores da UFU no contexto da saúde e segurança dos servidores/trabalhadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta.

Bairro: Santa 3

1

M

UBERLANDI

F: MG

unício: A

E-mail:

Riscos:

Este projeto de pesquisa com seres humanos será realizado através de entrevistas semi-estruturadas, grupos focais e questionários. Embora este tipo de pesquisa não ofereça riscos à integridade física dos participantes, não se pode descartar como risco hipotético a divulgação equivocada da identificação dos participantes. Tal risco será controlado pelos pesquisadores para que seja garantida a privacidade dos pesquisados e o sigilo das suas informações pessoais. Os participantes serão identificados por meio de números.

Benefícios:

A partir das percepções dos servidores/trabalhadores acerca do entendimento e ações realizadas em saúde e segurança no trabalho com vistas à VISAT, acredita-se que estes, possam suscitar discussões internas para ajustes e regulação do trabalho, caso sejam necessários, a fim de garantir efetividade nas ações de Saúde do Trabalhador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram os termos obrigatórios.

Recomendações:

O CEP/UFU reitera que qualquer contato com os potenciais participantes da pesquisa e especialmente a coleta de dados só pode ter início APÓS a aprovação projeto pelo Comitê de Ética.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta.

Bairro: Santa 3

1 M UBERLÂNDIA

F: MG

unício: A

E-mail:

Os pesquisadores atenderam as pendências apontadas no parecer nº 2.126.043 de 19 de Junho de 2017. Foi encaminhado um documento justificando e esclarecendo o atendimento de pendência.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Continuação do Parecer: 2.319.368

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: dezembro de 2017.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- Segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo Participante da pesquisa.
- b- Poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O Participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta.

Bairro: Santa 3

1 M UBERLÂNDIA

F: MG

unícioio: A

E-mail:

somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante da pesquisa ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

•

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta.

Bairro: Santa

3

1

M

UBERLANDI

F: MG

unícioio:

A

E-mail:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_896420.pdf	27/06/2017 21:17:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadoll.docx	27/06/2017 21:17:40	VIVIANNE PEIXOTO DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	respostaaspendencias26dejunho.docx	27/06/2017 21:17:21	VIVIANNE PEIXOTO DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	instrumentosII.docx	19/05/2017 11:26:21	VIVIANNE PEIXOTO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	18/05/2017 21:43:22	VIVIANNE PEIXOTO DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	equipeexecutoraassinado.pdf	18/05/2017 21:38:25	VIVIANNE PEIXOTO DA SILVA	Aceito
Outros	Lattes.docx	26/04/2017 19:45:56	VIVIANNE PEIXOTO DA SILVA	Aceito
Outros	cooparticipante.png	26/04/2017 19:17:35	VIVIANNE PEIXOTO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	06/04/2017 13:13:15	VIVIANNE PEIXOTO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 06 de Outubro de 2017

Assinado por: _____

**Sandra Terezinha
de Farias Furtado
(Coordenador)**

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta.

Bairro: Santa

3

1

M

UBERLÂNDIA

F: MG

unício: A

E-mail: