



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA**  
**EDUCAÇÃO SUPERIOR**

**ANDRÉIA SERAFIM DE NEGREIROS TAISSUKE**

**POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO DO**  
**SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL: AVALIAÇÃO DE SUA IMPLANTAÇÃO NA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)**

**FORTALEZA**

**2016**

ANDRÉIA SERAFIM DE NEGREIROS TAISSUKE

POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO DO  
SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL: AVALIAÇÃO DE SUA IMPLANTAÇÃO NA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Políticas Públicas e Gestão do Ensino Superior. Área de concentração: Gestão Estratégica e Intercâmbio Institucional

Orientador: Prof. Dr. Wagner Bandeira Andriola

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências Humanas

- 
- T135p Taissuke, Andréia Serafim de Negreiros.  
Política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal :  
avaliação de sua implantação na Universidade Federal do Ceará / Andréia Serafim de  
Negreiros Taissuke. – 2016.  
103 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Mestrado Profissional em  
Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza, 2016.  
Área de Concentração: Gestão Estratégica e Intercâmbio Institucional.  
Orientação: Prof. Dr. Wagner Bandeira Andriola.
1. Servidores públicos. 2. Administradores dos serviços de saúde - Avaliação. 3.  
Universidade Federal do Ceará. I. Título.

---

CDD 306.361098131

ANDRÉIA SERAFIM DE NEGREIROS TAISSUKE

POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO DO  
SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL: AVALIAÇÃO DE SUA IMPLANTAÇÃO NA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Mestrado Profissional em Políticas  
Públicas e Gestão da Educação Superior,  
da Universidade Federal do Ceará, como  
requisito para obtenção do Título de  
Mestre em Políticas Públicas e Gestão do  
Ensino Superior.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Wagner Bandeira Andriola (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dra. Sueli Maria de Araújo Cavalcante  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Vicente Lima Crisóstomo  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Antonio Clecio Fontelles Thomaz  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Em memória do meu pai Antônio  
Serafim de Negreiros, exemplo de luta e  
amor à vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, fonte da vida e da fé.

À Universidade Federal do Ceará, por meio da Divisão de Apoio Psicossocial, pela oportunidade de aperfeiçoamento.

A minha querida mãe Rita Maria da Conceição, pelo amor e dedicação a todos os filhos.

Ao meu esposo Allan Taissuke, por sempre acreditar no meu potencial e pelo incentivo, amor e apoio.

Aos amigos que, em todos os momentos, ajudaram e incentivaram, especialmente à Ana Paula, Richelly, Francisco Pablo e Fanny, Pâmela, Juliana, Luiz Leite. Muito obrigada.

À turma do mestrado de 2013, pela convivência harmoniosa, pelas alegrias e discussões.

Ao Professor Dr. Wagner Bandeira Andriola, pela orientação segura, pela presteza e por acreditar no meu potencial, sempre incentivando minha autonomia.

À Fernanda, secretária do POLEDUC, por sua dedicação e presteza em nos atender.

Enfim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para minha formação educacional.

## RESUMO

Durante muito tempo, inexistia qualquer regulamentação específica para questões relacionadas à saúde do trabalhador público federal. Somente a partir de 2003, foram publicadas diversas legislações, culminando com a Política Nacional de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), em 2008, e com a implantação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS), em 2009. Na Universidade Federal do Ceará (UFC), essa política foi implantada a partir de 2011, quando foi assinado, com mais catorze órgãos federais, o Acordo de Cooperação Técnica (ACT) e criada a unidade SIASS/UFC, que teve o objetivo de ofertar serviços de perícia, vigilância e promoção à saúde aos servidores dessa instituição. O presente estudo tem o objetivo de analisar o processo de implantação da PASS no âmbito da UFC através dos eixos de assistência, perícia, promoção e vigilância à saúde no período de 2011 a 2014. A pesquisa tem natureza básica e estratégica, sendo desenvolvida como estudo de caso de caráter quantitativo-qualitativo. O campo de pesquisa engloba a Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho (COQVT) e a Coordenadoria de Perícia e Assistência ao Servidor e Estudante (CPASE), responsáveis pela execução da PASS. O estudo teve como universo de pesquisa o tipo de amostragem intencional com 77 sujeitos, entre gestores e servidores. Foram adotadas como procedimento metodológico a revisão bibliográfica e documental. Para a coleta de dados, foi utilizado o questionário com escala do tipo Likert para os servidores e a entrevista semiestruturada para os gestores. Na interpretação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo e discurso. O estudo realizado permitiu concluir que a PASS na UFC deve ser fortalecida enquanto política pública e que há necessidade de se estabelecerem regras claras para a criação de unidades SIASS. Os resultados demonstraram a unidade SIASS UFC desenvolveu diversos projetos, contudo, o número de servidores beneficiados ainda é pequeno em relação ao quadro de recursos humanos da instituição, e as ações se concentram na capital. Por fim, tem de se investir em capacitação da equipe multiprofissional, além de melhorar a integração entre as duas coordenadorias para qualificar o planejamento das ações e serviços em saúde do trabalhador. Nessa perspectiva, espera-se que este estudo possa contribuir para a discussão da PASS na UFC e subsidiar decisões de gestão.

**Palavras-chave:** Saúde. Servidor. Avaliação. Ensino Superior.

## ABSTRACT

There wasn't any specific regulation for issues related to the federal public servant health for quite a long time, Only since 2003, various laws have been published, culminating with the National Policy on Health Care and Safety at work for the Federal Civil Servants. There was the (PASS) in 2008 and the implementation of the Integrated Subsystem of Health Attention of the Federal Public Server (SIASS) in 2009. At the Federal University of Ceará (UFC) that policy was implemented from 2011 when it was signed, with over fourteen other federal agencies, the Technical Cooperation Agreement (TCA) and created the unit SIASS / UFC, which aimed to offer expertise and surveillance services as well as health promotion to employees of that institution. This study aims to analyze the PASS implementation process within the UFC through the assistance axes, expertise, promotion and health surveillance within the period from 2011 to 2014. The research has basic and strategic nature, being developed as a case study of quantitative and qualitative character. The research field covers the Coordination of Life Quality at Work (COQVT) and the Coordination of Expertise and Assistance to the Server and the Student (CPASE), who are responsible for implementing the PASS. The universe research of the study was a kind of intentional sample of 77 subjects, including managers and staff. The bibliographic and documentary review was adopted as methodological procedure. To collect data, we used questionnaire with the Likert scale for servers and semi-structured interviews for managers. For interpreting the data, we used content and discourse analysis. The study allowed us to conclude that the PASS at the UFC should be strengthened as a public policy and that there is need to establish clear rules for creating SIASS units. The results demonstrated that the SIASS UFC unit has developed several projects, however, the number of servants benefited with it is still small considering the staffing level of the institution, and the actions are concentrated in the capital. Finally, there must be investment in training of the multidisciplinary team, besides improving the integration to describe the planning of actions and services in occupational health. From this perspective, it is expected that this study can contribute to the discussion of the PASS at the UFC and support management decisions.

**Keywords:** Health. Servant. Assessment. Higher Education.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Parâmetros básicos para a interpretação de resultados da EACT.....	44
Tabela 2 - Órgãos que compõem a Unidade SIASS/UFC e quantitativo de servidores lotados por órgão. ....	46
Tabela 3 – Quantitativo de Recursos Humanos da Unidade SIASS/UFC (2011 a 2014) .....	48
Tabela 4 - Divisões da COQVT com seus respectivos Programas, Projetos e ações.....	55
Tabela 5 - Número de servidores lotados na COQVT -2014 .....	56
Tabela 6 - Análise desempenho da DIAPS medida através do número de atendimentos nos anos de 2011 a 2014.....	60
Tabela 7 - Análise de desempenho da DIPPC medida através do número de atendimentos nos anos de 2011 a 2014. ....	62
Tabela 8 - Análise de desempenho da DIBEN medida através do número de atendimentos nos anos de 2011 a 2014. ....	64
Tabela 9 - Análise de desempenho da DESMT medida através do número de ações realizadas nos anos de 2011 a 2014.....	65
Tabela 10 - Número de servidores lotados na CPASE, 2014.....	67
Tabela 11 - Número de perícias realizado pelo CPASE em 2014.....	68
Tabela 12 – Número de atendimento realizado pela CPASE a estudantes da UFC.....	68
Tabela 13 - Média por fator da ECT (n=33).....	75
Tabela 14 – Média e avaliação dos itens do fator Organização do Trabalho (n = 33)...	76
Tabela 15 – Média e avaliação dos itens do fator Relações Socioprofissionais (n =33)	76
Tabela 16 – Média e avaliação dos itens do fator Condições de Trabalho (n = 33) .....	77

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Evolução do quantitativo no quadro de recursos humanos da Unidade SIASS/UFC (2011-2014). .....	48
Gráfico 2 -Conhecimento sobre as diretrizes da PASS. ....	69
Gráfico 3-Eficácia da PASS na UFC.....	71
Gráfico 4-Papel do Governo Federal.....	71
Gráfico 5-Implantação da PASS na UFC .....	72

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>APF</b>	Administração Pública Federal
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CLT</b>	Consolidação das Leis do Trabalho
<b>COQVT</b>	Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho
<b>CPASE</b>	Coordenadoria de Perícia e Assistência ao Servidor e Estudante
<b>CGASS</b>	Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor
<b>CGSS</b>	Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor
<b>CAP's</b>	Caixas de Aposentadoria e Pensões
<b>DESAP</b>	Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor
<b>DIESAT</b>	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
<b>DRT</b>	Delegacia Regional do Trabalho
<b>FGTS</b>	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
<b>EACT</b>	Escala de Contexto de Trabalho
<b>FUNDACENTRO</b>	Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho
<b>IPASE</b>	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores dos Estados
<b>MPOG</b>	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
<b>MPAS</b>	Ministério da Previdência e Assistência Social
<b>NOSS</b>	Norma Operacional de Saúde do Servidor Público
<b>NR</b>	Norma Regulamentadora
<b>OIT</b>	Organização Internacional do Trabalho
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PASS</b>	Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal
<b>PNSST</b>	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
<b>PROGEP</b>	Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
<b>RJU</b>	Regime Jurídico Único dos Servidores Cíveis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais
<b>RH</b>	Recursos Humanos

<b>SIPEC</b>	Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal
<b>SIASS</b>	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
<b>SINAISS</b>	Sistema Nacional de Informações em Saúde do Servidor
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UFC</b>	Universidade Federal do Ceará

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 PROCESSO HISTÓRICO DA RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E SAÚDE E OS FUNDAMENTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL	18
2.1 Da relação entre trabalho e saúde e a construção do campo Saúde do Trabalhador .....	18
2.2 Breve histórico da Saúde Pública e da legislação em Saúde do Trabalhador no Brasil .....	26
2.3 Construção da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) .....	34
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	39
3.1 Natureza e tipo de pesquisa .....	39
3.2 Locus da pesquisa .....	40
3.3 Universo e amostra da Pesquisa.....	40
3.4 Instrumentos de coleta de dados em campo.....	42
3.5 Procedimentos para análise dos dados .....	43
4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	45
4.1 O Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) na Universidade Federal do Ceará. ....	45
4.2 Eixos: Promoção e Vigilância à Saúde e Assistência à Saúde do Servidor Público Federal sob responsabilidade da Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho (COQVT).....	53
4.2.1 Divisão de Apoio Psicossocial e Programas de Saúde – DIAPS.....	56
4.2.2 Divisão de Produção e Programas Culturais (DIPPC).....	60
4.2.3 Divisão de Administração de Benefícios – DIBEN.....	62
4.2.4 Divisão de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – DESMT ...	64
4.3 Eixo de Perícia sob responsabilidade da Coordenadoria de Perícia e Assistência ao Servidor e Estudante (CPASE) .....	66
4.4 Avaliação da PASS e do Contexto do Trabalho sob a ótica da equipe multiprofissional da unidade SIASS/UFC .....	69
4.5 O olhar da gestão responsável pela PASS na UFC.....	78
5 CONCLUSÃO .....	86
REFERÊNCIAS .....	90

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO: POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL PASS – NA UFC .....	95
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS GESTORES .....	102
ANEXO A - ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO.....	103

## 1 INTRODUÇÃO

Durante muitos anos, a saúde do trabalhador foi negligenciada pelo Estado brasileiro apesar de ela estar pautada no capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT/1943), que trata das condições de Segurança e Medicina do Trabalho. As ações de saúde eram, muitas vezes, restritas ao espaço laboral, onde eram oferecidos serviços de saúde para os empregados, aumentando, em alguns casos, o grau de dependência e controle exercido pelo empregador.

No final da década de 1970, o Ministério do Trabalho e Emprego, regulamentando o capítulo V da CLT/1943, instituiu as Normas Regulamentadoras (NRs) relativas à segurança e à medicina do trabalho. Assim, o Estado passa a atuar de forma mais efetiva no que diz respeito à fiscalização do espaço de trabalho, com vistas à proteção e à segurança dos trabalhadores regidos pela CLT. (SANTOS, 2011).

Em relação à saúde dos servidores públicos federais, a situação era mais preocupante, pois não existiam normatizações direcionadas a esses trabalhadores. As informações sobre a saúde e o ambiente de trabalho eram precárias, o que não permitia traçar um perfil de adoecimento e conhecer as reais condições laborais. (BRASIL, 2008).

Nos diversos órgãos públicos, as ações relacionadas ao tema eram pontuais e desconexas. Cada instituição implementava medidas de acordo com o entendimento sobre saúde, recursos humanos e materiais. Por conseguinte, raramente as questões relacionadas à saúde dos servidores era objeto de preocupação e o adoecimento só se tornava problema quando o servidor se ausentava do trabalho. (BRASIL, 2008).

No entanto, a partir da década de 1980, um cenário de redemocratização do País e intensa mobilização dos movimentos sociais — como o movimento sindical, dos trabalhadores rurais e urbanos, de profissionais das mais diversas áreas da saúde e de intelectuais que militaram nesse campo —, especialmente do movimento de Reforma Sanitária<sup>1</sup>, propiciou avanços na Constituição Federal de 1988, que garantiu vários direitos sociais, dentre eles o direito à saúde como universal e dever do Estado.

---

1[...] “A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um

A Constituição Federal de 1988, no que diz respeito à saúde do trabalhador em seu artigo 200, atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Nesta direção, a lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) considerou o trabalho como importante fator determinante/condicionante da saúde. Essa mesma lei traz a seguinte definição do que se entende por saúde do trabalhador:

Artigo 5º; § 3º um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...].

Durante a década de 1990, algumas portarias e regulamentações foram também instituídas para orientar e instrumentalizar os serviços de saúde do trabalhador, como os atendimentos especializados e os direitos relativos aos acidentes e às doenças relacionadas ao trabalho.

No que se refere, especificamente, aos direitos do servidor público federal, na lei 8.112/1990 (Regime Jurídico Único, Artigo 184), consta a cobertura aos riscos a que este e sua família estão suscetíveis. Ratifica, ainda, que há a necessidade de promover um conjunto de benefícios e ações que visem a assistência à saúde. As ações e intervenções preventivas e promocionais devem ser prestadas pelo SUS ou mediante convênio ou contrato, bem como na forma de auxílio.

Levando em consideração este cenário, é possível afirmar que, na Universidade Federal do Ceará (UFC), as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas ao longo das últimas décadas eram desarticuladas e efêmeras, da mesma forma como nos demais órgãos federais. A falta de regulamentação normativa e a insuficiência de recursos humanos e financeiros limitavam a efetivação das ações de saúde. Assim, muitas vezes, os serviços oferecidos aos servidores se restringiam às atividades de perícia em saúde para as mais diversas finalidades.

Passados mais de uma década das leis 8182/90 e 8080/90, foi somente a partir de 2003, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, que se criou a Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor (CGSBS), da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, com o intuito de discutir e implementar uma política de segurança e saúde para os trabalhadores públicos federais. (BRASIL, 2009).

---

direito do cidadão e um dever do Estado”. (ARUOCA, Sérgio. Reforma Sanitária. 1998. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: mar. 2015).

Assim, após muitos encontros com os sindicatos das categorias de profissionais técnicos, em 2007 [...] “se estabelece o compromisso de construir e implantar, de forma compartilhada a Política Nacional de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS).” (BRASIL, 2008, p.3). E em 29 e abril de 2009, é sancionado o Decreto nº 6833, que instituiu o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS). O objetivo do SIASS é “[...] coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores [...]” (BRASIL, 2009).

Desse modo, a partir de 2009, a extinta Superintendência de Recursos Humanos da UFC iniciou a implantação da PASS na instituição e, de fato, em agosto de 2011, a UFC assume, juntamente com outras Instituições de Ensino Superior do Brasil, a responsabilidade de se tornar uma Unidade SIASS, estando hoje sob a execução da sua Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas. Vale salientar que a universidade celebrou convênio com 14 órgãos federais para lhes destinar ações de promoção, prevenção e perícia em saúde, como determina a PASS. É importante enfatizar que o SIASS, através de sua unidade, é responsável por concretizar a PASS, tornando-a mais próxima do servidor público federal para atendimento das suas necessidades de saúde, em consonância com os princípios e objetivos dessa política.

Com relação aos trabalhadores de um modo geral, o Estado regulamentou, em 2011, através do Decreto 7602, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), e, em 2012, por meio da Portaria Nº 1.823, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com o “[...] objetivo de promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e da prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos ou relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele [...]” (BRASIL, 2012).

Essas normatizações da Política de Saúde do Trabalhador, especialmente a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) e a Política Nacional de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), partem do pressuposto de que existem implicações da relação advinda entre trabalho e saúde. Por isso, é imprescindível compreender como essa relação foi construída e conceituada historicamente e como ela está sendo compreendida na atualidade.

Assim, legitimou-se o conceito de Saúde do Trabalhador, cujo surgimento ocorreu por volta de 1970 a partir de uma discussão constante do tema e numa estreita relação com o contexto do trabalho e o processo saúde-doença. A área Saúde do Trabalhador reconhece o trabalho como organizador da vida social, e, conseqüentemente, como um elemento

fundamental para sua análise, tendo em vista a determinação social das doenças. Considera, ainda, que os sujeitos do trabalho devem implicar-se nesse processo para que sejam realizadas transformações e melhorias nos seus ambientes, nas suas condições laborais e, por consequência, na sua saúde, visto que têm um saber privilegiado sobre esses âmbitos. (MENDES; DIAS, 1991).

O campo da saúde do trabalhador se apresenta como um grande desafio, pois representa lutas de muitos movimentos da sociedade no que diz respeito à efetivação e ao reconhecimento do direito à saúde, especialmente na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores. Com efeito, o desafio da efetivação dessa política é permeado de contradições e interesses divergentes, que se interrelacionam com a política de saúde pública e os interesses do capital e do trabalho.

Isso posto, parte-se da seguinte problemática: *De que modo está sendo implantada a PASS no âmbito da Universidade Federal do Ceará, levando em consideração os eixos de promoção e vigilância à saúde, assistência e perícia?*

Com o intuito de responder este questionamento, definiu-se como objetivo geral desse estudo **analisar a implementação da PASS no âmbito da UFC através dos eixos de assistência, perícia, promoção e vigilância à saúde.**

A fim de dar suporte à pesquisa, elegeu-se como objetivos específicos os seguintes:

- a) Realizar estudo da legislação da PASS no âmbito da Universidade Federal do Ceará;
- b) Mapear as ações, programas e projetos desenvolvidos pela Unidade SIASS/UFC;
- c) Avaliar a implantação da PASS na UFC a partir da percepção dos trabalhadores responsável por tal.

Dessa forma, para alcançar os objetivos deste trabalho e responder a questão problema, os procedimentos adotados tiveram enfoque quantitativo-qualitativo por se valerem das acepções objetivas e subjetivas dos fenômenos da realidade observada. Essa junção possibilita a reflexão embasada no significado das relações humanas e em dados mensuráveis, convergindo em uma sintonia para a garantia da aproximação real e teórica do objeto em investigação. (MINAYO, 2014).

Com o propósito de elaborar a fundamentação teórica, diversos autores foram estudados, a saber: Antunes (1995), Assunção (2003), Batistela (2007), Coelho (2003),

Ferreira (2012), Lacaz (2007), Mendes e Dias (1991), Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), Souza (2011), Nunes (2000), entre outros.

É oportuno mencionar a relevância da temática abordada, especialmente porque se trata de uma política recente, necessitando de avaliação e discussão, sobretudo para mensurar seus resultados e impactos em relação à efetividade das ações de saúde, sobretudo no eixo de promoção e vigilância à saúde.

No que se alude à esfera acadêmica, a pesquisa se justifica dada a insuficiência de estudos sobre PASS na UFC. O efeito desse estudo poderá subsidiar a gestão superior da universidade na tomada de decisões e proporcionar dados para avaliações futuras da PASS na instituição. Outrossim, esta dissertação procura realizar um estudo de um processo histórico, que contempla a implantação de uma política pública direcionada para a saúde dos servidores.

O estudo foi estruturado em cinco seções para o desenvolvimento da pesquisa mencionada. No primeiro capítulo, contextualiza-se o objeto de estudo, apresenta-se a problemática, os objetivos e a justificativa da escolha do tema. O segundo capítulo aborda a revisão de literatura com análise crítica sobre a relação entre trabalho e saúde, o processo histórico da construção do conceito de Saúde do Trabalhador, da legislação sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e a Política Nacional de Saúde e Segurança do Servidor Público Federal. O terceiro capítulo explicita o processo metodológico, a natureza da pesquisa, os instrumentais utilizados e os procedimentos para análise dos dados. No quarto capítulo, analisa-se os resultados da pesquisa, apresentando o processo de implantação da PASS no âmbito da UFC por meio da unidade SIASS, realizando uma avaliação a partir da percepção da equipe multiprofissional e dos gestores responsáveis por tal política. Por fim, no quinto capítulo, são apresentadas as conclusões deste estudo e as recomendações para pesquisas futuras.

## 2 PROCESSO HISTÓRICO DA RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E SAÚDE E OS FUNDAMENTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

Neste capítulo, será apresentada uma abordagem crítica sobre a relação entre trabalho e saúde, trazendo uma breve análise dos conceitos de Medicina do Trabalho, de Saúde Ocupacional e da posposta mais recente de Saúde do Trabalhador. Posteriormente, realiza-se uma síntese do processo histórico da Política de Saúde Pública no Brasil com ênfase na Saúde do Trabalhador, sobretudo para o serviço público federal.

### 2.1 Da relação entre trabalho e saúde e a construção do campo Saúde do Trabalhador

As transformações ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho evidenciam que a relação entre trabalho e saúde é um dos principais elementos para a compreensão do conceito de Saúde do Trabalhador. Para tal análise, faz-se necessário definir os conceitos “trabalho” e “saúde”.

Nos dicionários, a palavra “trabalho” é definida de maneiras distintas pelas disciplinas ou filosofias na qual ela é fundamentada. O termo vem do latim *tripalium*, que era um instrumento de agricultura, mas que, mais tarde, foi usado como um instrumento de tortura, daí a associação do trabalho como algo ruim e penoso. Outros autores interpretam o termo “trabalho” como um processo pelo qual o ser humano transforma a natureza com o intuito da subsistência. (ALBORNOZ, 1999). Por ser um termo polissêmico, nenhuma disciplina sozinha consegue determinar a complexidade que o envolve, entretanto, Ferreira (2012, p. 150) argumenta que o trabalho como se conhece atualmente tem suas bases históricas no fim da Idade Média:

A palavra trabalho — do latim *tripalium* — é datada historicamente, surgindo no final da Idade Média na Europa. Há um relativo consenso entre historiadores e antropólogos de que as noções de “economia”, “produção”, trabalho na qual as entendemos hoje são formulações que assumiram uma face mais definida com o advento da formação socioeconômica capitalista na Europa. Outrora, estas noções encontravam-se circunscritas, funcionadas e inseparáveis das esferas do político e/ou religioso. Neste sentido, o trabalho é como afirma o sociólogo Freyssenet (1993), uma invenção sócio-histórica datada.

O trabalho é uma criação sócio-histórica dinâmica e em constante transformação. Esse termo tem muitos sentidos, com interpretações que podem variar de acordo com o tempo e a sociedade na qual ele é definido. Para Marx, citado por Lessa e Tonet (2011), o trabalho é

vital na vida humana, pois além de transformar a natureza com o intuito de suprir as necessidades, é por meio dele que o homem se modifica e constrói a sociabilidade.

Nesse sentido, o trabalho vai além de um meio de subsistência; ele dá significado à própria existência humana, pois é por meio dele que o homem se reconhece enquanto ser social. Segundo Lessa (1992), a construção sócio-histórica da humanidade se dá a partir da gênese do trabalho. Portanto, é nesta construção social que o trabalho tem estreita relação com a saúde. Além do mais, o trabalho é permeado de contradições e interesses de classes, pois ele é a fonte principal da riqueza socialmente construída.

A partir dessa compreensão, o trabalho pode ser uma das principais fontes de adoecimento e/ou sofrimento. Nesse sentido, a sua análise deve considerar a sua relação com o processo saúde-doença e as dimensões do contexto de trabalho.

Para Mendes e Ferreira (2008), a saúde e a qualidade de vida no trabalho estão conectadas em três dimensões: i) as condições de trabalho que expressam a qualidade do ambiente físico, posto de trabalho e equipamentos necessários para desenvolver as atividades; ii) a organização de trabalho que expressa a divisão, a gestão, as normas, os controles e ritmos de trabalho; e iii) as relações socioprofissionais que expressam as formas, a interação e a comunicação entre os trabalhadores e gestores. Essas três dimensões estão diretamente interligadas com o processo de saúde-doença.

De acordo com Batistella (2007), a saúde, desde muito tempo, é conceituada como ausência de doença. Essa ideia é amplamente divulgada pelo senso comum com respaldo no campo da medicina, que se estruturou com o monopólio do conhecimento sobre as doenças no século XIX. Entretanto, o modelo biomédico apresentado para conceituar saúde como ausência de doença é, segundo os estudiosos, uma definição limitada, pois nem sempre a ausência de sintomas indica uma condição saudável. Nesta perspectiva, a definição negativa da saúde é bastante criticada, pois ela não se resumiria à ausência de doenças.

Em 1948, esse conceito foi repensado por meio da Organização Mundial de Saúde (OMS) com o intuito de superar a visão negativa da saúde. A partir de então, definiram-na como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de afecções e enfermidades". Contudo, essa visão é controversa, porque aparece numa dimensão utópica, algo inalcançável, além das possibilidades humanas, não devendo ser uma concepção para os serviços de saúde. (BATISTELLA, 2007).

Dejours (1986, p.1) tece algumas críticas a esse conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS). A primeira delas é em relação à dificuldade de definir o que seria esse

completo estado de bem-estar, pois, segundo o autor, não é algo simples de determinar. “Não sabemos o que é e cremos que não haja esclarecimentos consideráveis sobre a questão. É muito vaga. Implícita e intuitivamente, sabe-se que isso significa alguma coisa, mas quando se trata de defini-la, não é muito simples”. A segunda crítica esclarece que esse completo bem-estar não existe, pois, a saúde é algo que poderá ser atingindo, ou se aproximar.

Para Dejours (1986, p. 2), essa concepção de saúde proposta pela OMS não conseguiu traduzir a dimensão do termo saúde. À vista disso, propõe um novo conceito baseado em três elementos: i) a fisiologia, que trata do funcionamento do organismo que está em constante mudança, pois não é estável durante toda a vida; ii) a psicossomática, que “são as relações que existem entre o que se passa na cabeça das pessoas e o funcionamento de seus corpos”; iii) a psicopatologia do trabalho, em que este pode ser perigoso ou causa de sofrimento — igualmente, o não trabalho pode engendrar doenças. Por conseguinte, esses três elementos estão em constantes mudanças para tentar conceituar o que seria saúde:

se tentarmos, então, agora, uma definição, buscando salvar o que sugere a antiga definição de saúde, diríamos que a saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. A saúde, portanto, é possuir esses meios. (*Ibidem*, p. 4)

Assim, o conceito de saúde para Dejours (1986) está ligado diretamente à possibilidade de adoecer. Entretanto, cada indivíduo deve ter os meios necessários para lidar com a doença.

Para os autores citados, os termos “trabalho” e “saúde” são amplamente discutidos, refletindo concepções e visões de mundo que pode influenciar na formulação de políticas públicas. Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p. 37) afirmam que a política de saúde deve incluir uma visão mais abrangente dos determinantes sociais, tais como trabalho, lazer, alimentação e condições de vida. Porque saúde e doença são expressões das sociedades humanas, “além de ser um fato biológico é uma realidade construída tanto historicamente, como dentro da expressão simbólica coletiva e individual do sujeito”. A saúde e a doença se revelam para esses autores como fenômeno sócio-histórico construído por cada grupo de sujeitos que vai para além dos efeitos biológicos da doença.

Assim, o enfoque mais social da saúde inclui outros fatores, como o modo de vida dos indivíduos, o contexto ambiental, o estresse, o ritmo de trabalho e o ambiente familiar. Nesse sentido, para pensar o campo da saúde do trabalhador, é necessário compreender a relação trabalho-saúde e sua historicidade na sociedade capitalista.

Diante do quadro acima delineado, o contexto social, econômico e político no qual a saúde dos trabalhadores é objeto de preocupação surgiu no período da Revolução Industrial, principalmente na Inglaterra do século XIX, denominado de Medicina do Trabalho. (MENDES; DIAS, 1991). Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) concordam com a demarcação histórica, porém afirmam que a relação entre trabalho e saúde é verificada desde a antiguidade.

No início da industrialização na Europa, os trabalhadores eram submetidos a ambientes insalubres e a longas jornadas de trabalho nas fábricas. Além disso, o trabalho com máquinas era perigoso, pois não existia preocupação com a saúde e segurança dos trabalhadores. Essa situação, entre outras, favorecia a incidência de acidentes e a proliferação de doenças infectocontagiosas em decorrência das más condições de vida no trabalho. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Para enfrentar tal situação durante a industrialização, ainda no século XIX, na Inglaterra, foi implantado um modelo de saúde nas fábricas que se centrava na figura do médico. A prevenção de danos à saúde, bem como a responsabilidade da ocorrência era tarefa exclusiva desse profissional. Sua presença representava a manutenção produtiva da mão de obra, prevenindo ou assistindo o adoecimento (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Assim, esse serviço de saúde ia ao encontro dos interesses do capital, uma vez que deveriam ser chefiados por pessoas da confiança do empresário e que tinham a obrigação de defendê-lo e de interferir nas situações de prevenção de riscos à saúde. Ademais, existiam diversas propostas contraditórias para intervenção nas fábricas por meio de normatizações e legislações, "[...] que tem no Factory Act, de 1833, seu ponto mais relevante, passando a tomar corpo, na Inglaterra, a medicina de fábrica". (MENDES; DIAS, 1991, p. 22).

Esse serviço implementado pelos empregadores, associado ao exercício profissional dos médicos junto aos trabalhadores, deu origem à Medicina do Trabalho. O seu caráter de atenção à saúde era eminentemente tradicional e situado no espaço restrito da fábrica: sob uma visão biologicista e individual, em que se busca as causas de doenças e acidentes, não levando em consideração outros fatores. Esse modelo logo se espalhou concomitantemente ao processo de industrialização por toda a Europa do final do século XIX até meados do século XX. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

De um modo geral, conforme Mendes e Dias (1991), a preocupação em oferecer serviços médicos para os trabalhadores reflete-se em âmbito internacional. Com isso, é realizada em 1954 a Conferência Internacional do Trabalho cujo tema proposto foi a

"Proteção da Saúde dos Trabalhadores" e que traz como resultado diversas recomendações e diretrizes para que os Estados membros da Organização Internacional do Trabalho (OIT) pudessem implementar em seus países serviços para proteção à saúde dos trabalhadores. A recomendação 112 da OIT designa a expressão "Medicina do Trabalho" como serviços oferecidos nos locais de trabalho que se destinam a

assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo o risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetue; - contribuir à adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes às suas aptidões; - contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores. (MENDES; DIAS, 1991, p. 342).

A Medicina do Trabalho, inserida em um contexto de mudanças bruscas, principalmente devido às repercussões da guerra, do pós-Guerra e de novas tecnologias na esfera do trabalho, percebeu-se insuficiente para dar respostas a tantas questões relacionadas à saúde dos trabalhadores.

Em se tratando do campo Saúde do Trabalhador, a partir da metade da década de 1960, grandes mudanças no cenário político, econômico e social irão sacudir países industrializados como França, Alemanha, Inglaterra, Itália e Estados Unidos, com repercussões no mundo inteiro. Essas transformações, segundo Mendes e Dias (1991), questionavam diversos valores: o sentido do trabalho na vida, o valor da liberdade, o uso do corpo, entre outros. Estes repercutiam diretamente na confiança dos cidadãos em relação ao Estado, colocando em xeque, ancorados nos valores cristãos, tão necessários à sociedade capitalista, o místico e o sagrado do trabalho.

Conforme Mendes e Dias (1991), com a intenção de tentar dar solução respaldada na ciência, ampliou-se o olhar através de uma proposta interdisciplinar, incorporando outras disciplinas como a engenharia, a psicologia, a enfermagem o serviço social para se intervir no ambiente de trabalho de maneira mais fundamentada. Desse modo, surge a Saúde Ocupacional.

Essas disciplinas e profissões tinham como base intervir nos ambientes de trabalho a fim de controlar os riscos, partindo da ideia cartesiana do corpo como máquina. Esse modelo preconizado pela Saúde Ocupacional utilizou como base a ideia de "adequar o ambiente de trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho". (MENDES; DIAS, 1991, p. 759).

Essa proposta de intervenção nos ambientes laborais se desenvolveu principalmente nas escolas de saúde pública dos Estados Unidos, após a Segunda Guerra, com relativa desqualificação do enfoque médico e epidemiológico. Dentro das grandes empresas, estabeleceu-se por meio da organização de equipes multiprofissionais e interdisciplinares atuando na higiene industrial e com lugar de destaque nos países industrializados. (MENDES; DIAS, 1991).

Em relação ao Brasil, a Saúde Ocupacional se desenvolveu tardiamente e de forma diversificada a partir da década de 1970. A Universidade de São Paulo se sobressaiu em relação à produção acadêmica, criando uma área de Saúde Ocupacional dentro do Departamento de Saúde Ambiental. Assim, esse modelo foi reproduzido em outras instituições. (MENDES; DIAS, 1991).

De acordo com Mendes e Dias (1991), a Saúde Ocupacional também vai se expressar na *legislação*, Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que foi reformada na década de 1970, expressando-se na obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos ambientes de trabalho e na avaliação quantitativa de riscos ambientais e adoção de "limites de tolerância".

Apesar de todos os esforços empreendidos, a Saúde Ocupacional não conseguiu atingir os objetivos propostos devido a diversos fatores: o modelo se referencia na Medicina do Trabalho; a interdisciplinaridade não é concretizada; as atividades são desarticuladas e dificultadas pelas lutas internas das organizações; as intervenções não acompanham a transformação dos processos de trabalho; o modelo se propõe a atuar no coletivo, porém ainda atua no individual; e, por fim, esse modelo privilegia a Saúde Ocupacional em detrimento do setor de saúde. (MENDES; DIAS, 1991). Nesse sentido, a Saúde Ocupacional, com seus limites epistemológicos, não se preocupou em considerar outras relações:

[...] aquelas configuradas pela organização-divisão do trabalho: o ritmo; a duração da jornada; o trabalho em turnos; a hierarquia; a fragmentação/conteúdo das tarefas; o controle da produtividade, cujas consequências para a saúde expressam-se como doenças crônico-degenerativas e distúrbios mentais dos coletivos de trabalhadores (LACAZ, 2007, p. 759).

De modo que, segundo Lacaz (2007), a Saúde Ocupacional, privilegiando sua atuação sobre indivíduos e privilegiando o diagnóstico e o tratamento de problemas de natureza orgânica, pouco tinha a oferecer para uma atuação voltada para os problemas advindos da relação entre trabalho e saúde. O autor chama a atenção para outros aspectos que envolvem a saúde do trabalhador não contemplados pela Ocupacional:

Tal limite epistemológico impede que a Saúde Ocupacional considere e opere sobre nexos mais complexos, pouco contribuindo na compreensão da causalidade das doenças relacionadas ao trabalho, especialmente as cardiovasculares, psicossomáticas e mentais, características do adoecimento pelo trabalho hoje. (LACAZ, 2007, p. 759)

Assim, o modelo desenvolvido pela Saúde Ocupacional na conjuntura político-social se mostrou falho para intervir na complexidade da realidade do contexto laboral, pois não considerava a determinação social na relação do processo saúde-doença. (LACAZ, 2007).

Diante desse cenário, o movimento de trabalhadores exigiu maior participação nas questões relacionadas à segurança e à saúde, pressionando por mudanças que foram sendo introduzidas nas legislações trabalhistas de diversos países.

Toda esta nova legislação tem como pilares comuns o reconhecimento do exercício de direitos fundamentais dos trabalhadores, entre eles, o *direito à informação* (sobre a natureza dos riscos, as medidas de controle que estão sendo adotadas pelo empregador, os resultados de exames médicos e de avaliações ambientais, e outros; o *direito à recusa ao trabalho* em condições de risco grave para a saúde ou a vida; o *direito à consulta prévia* aos trabalhadores, pelos empregadores, antes de mudanças de tecnologia, métodos, processos e formas de organização do trabalho; e o estabelecimento de mecanismos de *participação*, desde a escolha de tecnologias, até, em alguns países, a escolha dos profissionais que irão atuar nos serviços de saúde no trabalho. (MENDES; DIAS, 1991, p. 345).

Neste ínterim, ao mesmo tempo que os trabalhadores lutavam por uma maior participação, o mundo do trabalho estava passando pela reestruturação produtiva, impulsionada pelo cenário político-econômico de crise, quando as empresas modificaram a organização, o ambiente e os processos de trabalho. Outros fatores também contribuíram para essas alterações, como a introdução de novas tecnologias, o declínio do setor industrial e o crescimento do setor de serviços, refletindo no perfil e na identidade dos trabalhadores. (LACAZ, 2007; MENDES; DIAS, 1991).

Assim, a chamada acumulação flexível se caracteriza por maior interdependência dos mercados, aceleração e inovação tecnológica, mundialização da produção e do consumo, de redes globais de comunicação, crescentes terceirizações, novas formas de gestão. Desse modo, tudo isso vem provocando mudanças no processo produtivo, ampliando a exploração do trabalho e, por consequência, repercutindo na saúde dos trabalhadores. (FERREIRA, 2012).

Esse processo tem afetado o modo como os trabalhadores fazem uso de aporte físico e psicológico e na forma de produzir. Ademais, a organização de trabalho, conforme Assunção (2003, p. 6), "[...] ao atingir o indivíduo, modifica a sua maneira de enfrentar os

riscos e traz efeitos sobre a saúde ainda não perfeitamente conhecidos ou dimensionados". Ou seja, exige-se sujeitos polivalentes, qualificados, flexíveis, mas esse novo perfil pode gerar consequências na sua saúde.

É nesse cenário de crise, após a década de 1960, que os questionamentos e as críticas acerca do papel das ciências médicas vão ganhar força. Principalmente, em referência à concepção do modelo de Medicina do Trabalho e de Saúde Ocupacional, ambos respaldados no pensamento positivista. Assim, as práticas alternativas e as discussões teóricas vão trazer à tona a teoria da determinação social do processo saúde-doença, em que o conceito de trabalho é central na análise. (MENDES; DIAS, 1991).

Diante desse cenário, a Saúde do Trabalhador estará situada no campo da saúde pública, cujo “objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o *processo saúde e doença* dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho” (MENDES; DIAS, 1991, p. 346, grifo do autor). Logo, a relação entre saúde e trabalho e a determinação social da doença vão ser a base para esta nova concepção, rompendo com a visão hegemônica que estabelecia um vínculo causal entre doença e um agente específico.

A partir desse entendimento, a Saúde do Trabalhador busca entender o adoecer e o morrer das pessoas, especialmente dos trabalhadores dentro do contexto socioeconômico da sociedade atual. Para compreender o processo de saúde e doença, essa abordagem considera a categoria *trabalho* como organizador da vida social dentro da relação entre capital e trabalho e as contradições dos processos históricos. Nessa perspectiva, os trabalhadores são sujeitos centrais dessa abordagem. (MENDES; DIAS, 1991).

Lacaz (2007) afirma que a saúde do trabalhador tem como elemento principal o próprio trabalhador, pois esse sujeito é o que sofre as consequências do adoecer. Nas palavras do autor:

Saúde do Trabalhador é campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais (*Ibidem*, p. 757-758).

Dessa maneira, pensar esse campo é trilhar um caminho teórico metodológico que considere elementos indispensáveis como trabalho, processo de saúde/doença, determinação social das doenças e o trabalhador como sujeito principal dessa análise.

## 2.2 Breve histórico da Saúde Pública e da legislação em Saúde do Trabalhador no Brasil

Calainho (2005) afirma que no período colonial as questões relacionadas à saúde estavam atreladas a missões jesuíticas que tinham como propósito a catequese. Entretanto, ao mesmo tempo, os missionários eram os principais detentores de conhecimento sobre doenças e fármacos, realizando as primeiras intervenções de saúde no Brasil.

Além de trabalharem incansavelmente na difusão da fé cristã, os jesuítas também foram uma grande âncora da saúde na colônia, atestada pela vastíssima documentação das correspondências que mantiveram com seus irmãos em Portugal e no Brasil. Alguns deles vinham de Portugal já formados nas artes médicas, mas a maioria acabou por atuar informalmente como físicos, sangradores e até cirurgiões, aprendendo, na prática, o ofício na colônia, como José de Anchieta, João Gonçalves ou Gregório Serrão. Outros, em meio a obras e cartas, onde comentavam sobre a natureza colonial, dedicaram várias páginas à descrição de ervas e plantas curativas, inaugurando os primeiros escritos sobre a farmacopéia brasileira. (*Ibidem*, p. 64).

O autor ressalta que, até o século XVIII, os jesuítas eram responsáveis, quase que exclusivamente, pela assistência à saúde devido à falta de médicos leigos. Por outro lado, as práticas mágico-religiosas dos povos nativos eram percebidas pelos jesuítas como satânicas, sendo associadas à feitiçaria. Portanto, elas deveriam ser combatidas e todos eles convertidos à fé cristã. (CALAINHO, 2005).

Por parte da metrópole, a principal preocupação era o estabelecimento de um órgão para fiscalização em relação à prática de medicina, cujas funções eram estabelecidas pela coroa entre o cirurgião-mor, responsável pelas cirurgias, e o físico-mor, encarregado do controle da medicina. O órgão responsável era a Fisicatura, que funcionava como uma espécie de tribunal que legislava, fiscalizava e punia. Não tinha relação com a higiene pública, reduzindo-se a legalização das práticas curativas. (CALAINHO, 2005). Além desse órgão, existiam as Câmaras Municipais que tinham como atribuição a fiscalização do comércio e dos portos, porém não tinham função de organizar o espaço com o intuito de controle de doenças e melhoraria do nível de saúde da população.

A saúde nesse período permaneceu a cargo de iniciativas privadas e, muitas vezes, ligadas à religião tanto dos colonizadores, através dos jesuítas, como dos povos indígenas/africanos, com seus curandeiros e pajés, cujas funções incluíam a cura de doenças. Por conseguinte, as ações de saúde pública eram precárias e deficitárias, pois inexistiam ações específicas ou projetos de saneamento para combate às epidemias. Assim, “A saúde não aparece como algo que possa ser produzido, incentivado, organizado, aumentado; só é

percebida negativamente por causa da realidade representada pela doença”. (GALVÃO, 2007, p. 10).

Nesse contexto, constata-se que as primeiras epidemias vieram do continente Europeu com os colonizadores. Essas epidemias, tais como a varíola, malária, febre amarela, tuberculose, peste bubônica, dizimaram aldeias e povoados, atingindo cidades, de tal modo, que todos os habitantes da colônia estavam sujeitos a essas doenças.

Em relação à saúde dos trabalhadores, a coroa não demonstrava qualquer interesse, pois a maior parte da mão de obra era essencialmente formada por negros e índios escravizados, por isso algumas iniciativas se limitavam ao âmbito privado. Como destaca Galvão (2007, p.10), “pelos análises da Fisicatura e das Câmaras Municipais, ficou clara a inexistência, no período citado, de um Projeto de Medicina Social, principalmente de acordo com o nosso interesse, no que tange ao campo da Saúde Pública”.

A administração portuguesa não estava preocupada com o planejamento do espaço urbano para promoção da saúde da população. Destaca-se que a maioria das doenças estava associada, segundo relatórios da época, ao clima, à alimentação, à urbanização e à imoralidade como causas principais de enfermidades. Deste modo, a saúde era algo alheio ao poder público porque a doença era desencadeada por uma série de elementos incontrolláveis. (GALVÃO, 2007).

Apesar desse contexto, em 1768, são criados no Rio de Janeiro o Hospital Real Militar e do Leprosário, ambos filantrópicos, que tinham como objetivo apenas a parte curativa das doenças. Este último também era espécie de instituição assistencial, onde os doentes ficavam isolados da sociedade devido à enfermidade. (GALVÃO, 2007).

Nunes (2000) afirma que, com a chegada da corte portuguesa no Brasil, em 1808, muitas transformações ocorreram tanto do ponto de vista político-econômico como também do olhar sobre a doença. Em relação à saúde, inicia-se um projeto de Medicina Social tendo como parâmetro a higiene e a medicalização do espaço público. Então, são inauguradas as primeiras escolas de medicina. Na Bahia é criada a Escola de Cirurgia, em 1808, e no Rio de Janeiro, a cátedra de anatomia no Hospital Militar, seguida pela de medicina operatória em 1829, sendo que a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro foi tida como guardiã da saúde pública.

Ela irá apresentar um amplo programa que se estende desde a higiene à medicina legal; educação física das crianças; a questão dos enterros nas igrejas; denunciara a carência de hospitais; estabelecerá regulamentos sobre as farmácias; medidas para

melhorar a assistência aos doentes mentais; denunciara também as casas insalubres e repletas de pessoas; e dará destaque ao saneamento. (NUNES, 2000, p. 254).

Isso posto, no período Imperial, até meados do século XIX, a medicina social vinha se afirmando como um projeto que se voltou apenas para o espaço urbano, com a finalidade da transformação da cidade na perspectiva higienista. Nesta direção, Machado *et al.* (1978) *apud* Nunes (2000, p. 254) informa que “no momento de sua constituição, a medicina social brasileira não é uma medicina do trabalho ou do proletariado, mas uma medicina urbana”.

Entretanto, com a crise da sociedade escravista, o Estado teve um papel mais incisivo nas questões relacionadas à saúde pública. De tal forma que passou a administrar as condições sanitárias das cidades visando prevenir e controlar as endemias para atrair mão de obra europeia, tendo em vista a expansão da agroexportação do café. (JUNIOR; NOGUEIRA, 2002).

Nesse contexto histórico, no final do século XIX, intensificou-se a imigração europeia para o Brasil e a demanda por trabalhadores mais qualificados para a incipiente indústria brasileira. Esses trabalhadores europeus, influenciados pelo anarquismo e socialismo, contribuíram para a organização dos trabalhadores brasileiros, culminando na luta por direitos sociais. Segundo Ramminger e Nardi (2007, p. 16), essa organização promoveu, em 1906,

[...] o I Congresso Operário Brasileiro, em um movimento crescente que culmina com a Greve Geral de 1917, em São Paulo, com importantes desdobramentos para a luta dos trabalhadores no Brasil, entre eles, a primeira Lei do Acidente de Trabalho, em 1919. O ano de 1923 marca o início da Previdência Social, com a criação da Caixa de Aposentadoria e Pecúlio para uma empresa ferroviária, que acabou por se estender para outras categorias, principalmente a partir do governo de Getúlio Vargas.

Diante do quadro acima delineado, Ramminger e Nadi (2007) afirmam, em relação à saúde dos trabalhadores, que em boa parte das fábricas já havia médicos em seu quadro nessa época, mas o atendimento era somente para aqueles que eram bem-comportados. Os acidentes de trabalho eram encaminhados para Santas Casas de Misericórdia, que atendiam a todas as demandas de saúde, de modo que a assistência era percebida como caridade e benevolência e não como um direito.

Assim, no período Republicano (1889-1930), o Estado teve função quase que exclusiva de controle de endemias e ações sanitárias. Já a assistência à saúde foi realizada

principalmente pela iniciativa privada ou pelas Santas Casas de Misericórdia de modo curativo e assistencialista.

De acordo com Andrade (2009), o avanço da legislação trabalhista brasileira, com o objetivo de proteção e manutenção da saúde dos trabalhadores, acontece de maneira tardia em relação aos países desenvolvidos. Somente no início do século XX o Brasil vai iniciar a regulamentação de alguns direitos. Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, cujo modelo centralizado tinha caráter nacional com atuação diferenciada em dois setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. Também foram criadas, em 1923, por meio da Lei Eloy Chaves, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), que serão a base para o estabelecimento dos direitos previdenciários.

Em 1930, a sociedade brasileira passou por mudanças significativas nos planos econômico, político e social, havendo uma redefinição no papel do Estado. De acordo com Bravo (2000), esse processo sob domínio do capital resultou em uma crescente urbanização e ampliação da classe trabalhadora sob péssimas condições de vida e de trabalho.

Para enfrentar essa situação, os trabalhadores se mobilizaram para reivindicar seus direitos, resultando em uma série de regulamentações dos direitos previdenciários. Nesse momento, o Estado foi o mediador das relações entre o capital e o trabalho. A fim de controlar essa relação, foi criado, no governo de Getúlio Vargas, o Ministério do Trabalho e, em 1943, é instituída a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que “vai reunir a legislação referente à organização sindical, previdência social, proteção ao trabalhador e justiça do trabalho, permanecendo como a base da legislação trabalhista até hoje”. (RAMMINGER; NARDI, 2007, p. 214).

No que diz respeito à política de saúde, Bravo (2000) destaca que nesse período ela foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O setor de saúde pública foi o mais predominante, tendo como principais características a ênfase nas campanhas sanitárias; a coordenação dos serviços estaduais de saúde pelo Departamento Nacional de Saúde; a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; e a criação de serviços de combate às endemias e reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941. Assim, a política de saúde iniciada nos anos 1930 foi sendo consolidada até fins dos anos 1950 e início dos anos 1960. Entretanto, em meados de 1960, o setor de medicina previdenciária se sobrepõe ao de saúde pública.

Dando continuidade à análise do processo histórico, no período da ditadura militar (1964-1984), a assistência à saúde de viés individual foi predominante. A política de saúde

implementada pelo Estado favoreceu a privatização dos serviços, inclusive, estimulando o desenvolvimento das atividades hospitalares de caráter particular, prevalecendo o modelo privatista da saúde

[...] com ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986, p. 207 *apud* BRAVO, 2000, p. 7).

No que concerne à saúde do trabalhador, em 1966 foi criada a Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (Fundacentro) com o intuito de realizar estudos e pesquisas sobre as condições de saúde dos trabalhadores. Quanto à legislação, foi regulamentado o capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho em 1978, no que se refere à Segurança e à Medicina do Trabalho para os trabalhadores ligados a iniciativa privada, não incluídos os servidores públicos.

Por conseguinte, a Lei 3.214, de 08 de junho de 1978, vai ampliar as normativas para o ambiente de trabalho com a criação das Normas Regulamentadoras (NR's), que têm como objetivo regular as condições relativas à segurança e à saúde do trabalhador. As NR's são de caráter obrigatório para empresas privadas e públicas e demais órgãos que têm trabalhadores regidos pela CLT. A Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho (SSST) é o órgão responsável por coordenar, orientar, controlar e supervisionar as atividades relacionadas com a segurança e medicina do trabalho, além da Delegacia Regional do Trabalho (DRT). (ANDRADE, 2009).

Quanto à previdência, nas décadas de 1960 e 1970 foram criadas diversas legislações com o intuito de unificar as legislações referentes aos direitos de previdência e assistência ao trabalhador segurado. Por exemplo, a Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960 - Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), unificou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões, sendo as ações organizadas pelo Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social. Também foi criado nesse período o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) em substituição a estabilidade no emprego. (RAMMINGER; NARDI 2007).

De acordo com Ramminger; Nardi (2007) e Bravo (2000), essas regulamentações e iniciativas trouxeram outro papel para o Estado brasileiro no que diz respeito à mediação das relações entre capital e trabalho, cujo sistema de proteção ao trabalhador tinha caráter privatista ligado ao capital e era ancorado na Medicina do Trabalho.

Em suma, a política de saúde na Ditadura Militar se centrava em ações de caráter coletivo, como os programas de vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, de responsabilidade do Ministério da Saúde, e ações assistencialistas de caráter individual, providas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974. (JUNIOR; CORDONI, 2006).

Já no fim da década de 1970, o Brasil vai vivenciar um processo de abertura política a partir da intensa mobilização de diversos atores e movimentos da sociedade civil. Nesse cenário, os movimentos sociais ganharam mais força, especialmente com as grandes greves realizadas no ABC paulista. Assim, as greves marcam o ressurgimento das mobilizações e organização dos trabalhadores para reivindicações de seus direitos. (RAMMINGER; NARDI, 2007).

Um dos movimentos mais atuantes era o de Redemocratização e o Movimento de Reforma Sanitária, que exigiram maior participação da sociedade na vida política do País. No tocante à reforma sanitária, Lacaz (2007) afirma que ela pode ser compreendida como um processo de transformações ocorridas a partir do final da década de 1970 no âmbito político, jurídico e institucional, tendo como diretriz democratizar a atenção em saúde. Nessa perspectiva, a saúde tem caráter universalista, entendendo os cidadãos como detentores desse direito e propondo grandes mudanças no modelo de saúde anterior, baseado na previdência social. Diante desse quadro, a sociedade vai se deparar com o surgimento de dois grandes projetos políticos alternativos no âmbito da saúde: o contra-hegemônico (a Reforma Sanitária) e o hegemônico (o projeto neoliberal-privatista), este caracterizado como uma proposta conservadora de reciclagem do antigo modelo médico-assistencial-privatista.

Cabe ressaltar que na década de 1980, num contexto de mudanças políticas e de uma profunda crise econômica e social, o Estado vai ser demandado pela sociedade a exercer papel central na formulação de políticas de bem-estar social. À vista disso, essa intensa mobilização exigiu mudanças na política e na sociedade, resultando em grandes conquistas na Assembleia Constituinte de 1987, legalizadas na Constituição Federal de 1988 e que impactaram efetivamente na saúde pública. Nesse ponto, a participação da sociedade foi imprescindível para garantir diversos direitos na Constituição de 1988. Essa participação fortaleceu o setor público e a universalização do acesso à saúde em aspectos como a redução do papel do setor privado em relação à saúde e a descentralização política administrativa, que resultou na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em 1990. (BRAVO, 2000).

O protagonismo de novos sujeitos e movimentos sociais nas discussões e na formulação de propostas contribuíram para um amplo debate sobre a saúde pública, tomando uma dimensão política. As principais propostas da sociedade civil organizada para o setor de saúde foram a

[...] universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2000, p. 9).

No campo da Saúde do Trabalhador, foi criado, em 1980, o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), apontando, conforme Ramminger e Nardi (2007, p.216/217) “para uma nova proposta na luta pela melhoria das condições de trabalho, a partir de uma aliança entre técnicos da saúde e sindicalistas”. E em 1986 é realizada a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que formulou conteúdos para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, os quais foram incorporados na Constituição Federal de 1988 e na Lei do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Assim, na CF de 1988, em seu artigo 196, garantiu-se a saúde como um direito universal e dever do Estado. No que concerne à saúde do trabalhador, estabeleceu-se a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica no Artigo 200. Já a lei 8080/90, que regulamentou o artigo 196 (Lei Orgânica da Saúde), que, por sua vez, estabeleceu o Sistema Único de Saúde no artigo 6º; § 3º, traz a definição do que se entende por saúde do trabalhador como “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores”.

Tendo como referência o contexto acima, a área de saúde do trabalhador foi uma conquista de muitos atores sociais. Nesse sentido, levando em consideração o processo histórico de construção da política de saúde, a área de saúde do Trabalhador “apresenta-se como nova área de análise e luta, diferenciando-se da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional”. (RAMMINGER; NARDI, 2007, p. 216). Esse processo histórico, social e político de mudanças provocou o aparecimento do ramo da saúde pública e, por conseguinte, do campo da saúde do trabalhador, que é compreendida, para além da Saúde Ocupacional, como:

[...] um corpo de práticas teóricas interdisciplinares - técnicas, sociais, humanas - e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Essa perspectiva é resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 25).

Com o avanço das discussões, foi realizada, em 1994, a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, com a temática "Construindo uma política de saúde do trabalhador", A Conferência teve como “marcas principais à definição da unificação das ações de saúde do trabalhador no SUS e a discussão das dimensões políticas, sociais, econômicas, técnicas e gerenciais”. (RAMMINGER; NARDI, 2007, p. 219).

No fim da década de 1990 e início dos anos 2000, em um cenário de mudanças mundiais nos aspectos econômico-sociais, com repercussão no mundo do trabalho e na saúde do trabalhador, os movimentos sociais e sindicais vão trazer no bojo das reivindicações uma política de saúde do trabalhador voltada para o contexto do trabalho. Nesse panorama, é realizada, em 2005, a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, cujo tema foi “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”.

Dessas conferências realizadas, foram deliberadas diversas ações regulamentadas no Decreto que instituiu a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), que tem no seu artigo:

Art.1º tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho. (BRASIL, 2011).

Atualmente, esse ramo da saúde pública tem como modelo teórico a afirmação do trabalhador como sujeito ativo do processo saúde-doença. Esse modelo coloca em xeque a limitação dos modelos tradicionais vigentes e, segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), cria os alicerces para consolidar a assistência em saúde dos trabalhadores no bojo do Projeto de Reforma Sanitária Brasileiro, mesmo que ainda perpassada de desafios.

Em síntese, a Política de Saúde do Trabalhador é uma referência importante em termos de promoção, proteção e recuperação da saúde. Os conceitos convergem em reconhecer a necessidade de intervenções sistemáticas do Estado com a participação ativa dos trabalhadores. Todavia, na realidade contemporânea neoliberal, essa proposta se apresenta como contraditória, ampliando a necessidade de avaliação das ações na perspectiva da eficiência e da eficácia das políticas públicas.

### **2.3 Construção da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS)**

A partir de 1930, no período do governo de Getúlio Vargas, o serviço público passou por uma profunda reforma administrativa, iniciando seu processo de profissionalização. Nessa perspectiva, foi criado, em 1936, o Conselho Federal do Serviço Público Federal, por meio da Lei nº 284, de 28 de outubro, que tinha como objetivo regulamentar a formação de carreiras para os funcionários civis federais. Em 1939, também foi instituído o Estatuto dos Servidores Públicos. (PONCE, 2014).

No mesmo governo, foi organizado, por meio do Decreto-Lei nº 2.865, de 1940, o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores dos Estados (IPASE), que dispõe sobre a organização e funcionamento do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores. O IPASE foi o instituto para proteção social dos segurados e seus dependentes para pensões, pecúlios e outras formas de seguro privado. (ANDRADE, 2009).

Desde então, diversas reformas de cunho administrativo e gerencial foram sendo implantadas pelo Estado brasileiro. Zannin *et al.* (2015) ressalta que em 1970, no governo dos militares, foi criado o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC). Nessa estrutura, não se previa nenhuma normatização em relação à atenção em saúde e à segurança aos servidores federais.

A indefinição do papel do Estado em referência à saúde dos servidores fez com que os órgãos criassem seus próprios serviços de saúde com estruturas, recursos financeiros e critérios diversificados tanto em relação à assistência como em relação à perícia em saúde.

Esse cipoal de ações também se reproduziu nos níveis estaduais e municipais dos servidores públicos. O resultado foi, além da estrutura desigual, a inexistência de um sistema de informações que notificasse os agravos à saúde – licenças médicas, acidentes de trabalho, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais. Isto impossibilitou a construção do perfil de adoecimento dos servidores públicos e dificultou o real dimensionamento das questões relacionadas à saúde do servidor (BRASIL, 2010). Ou seja, o próprio governo não tinha como dimensionar o tamanho do problema que ele deveria atacar fato esse que permitia justificar a continuidade de ações improvisadas, iniciativas precarizadas e a manutenção de enormes disparidades na atenção aos servidores das três esferas de Governo. (ZANNIN *et al.*, 2015, p. 90).

Já com o processo de redemocratização na década de 1980, o Estado passa a ter um papel imprescindível nas formulações das políticas públicas, especialmente com a

promulgação da Constituição Federal de 1988, que garantiu diversos direitos sociais tanto para os trabalhadores celetistas como para os servidores públicos.

Quanto à saúde e à segurança dos servidores, destaca-se que entre as décadas de 1980 e 1990 algumas orientações e normativas foram implementadas, incluindo os trabalhadores do serviço público.

O Regime Jurídico Único (RJU), promulgado através da lei 8.112/90 em substituição ao Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União de 1939, vai regulamentar as relações de trabalho dos servidores da União, estabelecendo direitos e deveres. Entretanto, segundo Andrade (2009, p.26), o RJU não contemplou artigos específicos sobre a segurança e a saúde dos servidores:

Ao longo do tempo, foram acrescentadas emendas ao RJU que tratavam de medidas periciais, remuneratórias e compensatórias de exposição a risco e de seguridade social sem estabelecer, no entanto, parâmetros de melhoria das condições de trabalho e do ambiente. Não foi incluído em suas disposições o estabelecimento de padrões de exposição e avaliações para a redução ou eliminação dos riscos, organização de instâncias para efetuar-las e a participação dos servidores no processo de melhorias, a comunicação nem a necessidade de informações sobre as condições dos processos e ambientes de trabalho.

Na década de 1990, as reformas implementadas, principalmente no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), não previam ações de saúde e segurança para os servidores públicos. Entre as reformas introduzidas, destaca-se a instituição do Ministério da Administração Federal, cujo papel do Estado se centrou na focalização da ação do Estado no cidadão; na reorientação dos mecanismos de controle para resultados, na flexibilidade administrativa; no controle social; e na valorização do servidor. (FERREIRA, 1996).

A maioria das reformas realizadas no Estado brasileiro ao longo do século XX privilegiou um modelo de gestão voltado para o aumento da produtividade baseado nos moldes da iniciativa privada. Nesses aspectos, não levou em consideração as questões de saúde e segurança relacionadas ao contexto de trabalho, como as condições, a organização e as relações no ambiente laboral que repercutem diretamente na saúde dos trabalhadores.

Essas reformas tinham caráter administrativo e gerencial que reorganizavam o contexto de trabalho, mas as questões de segurança e saúde para servidores públicos não foram particularizadas como as legislações voltadas para os trabalhadores celetistas.

Chamamos a atenção, no entanto, para o fato de que as políticas públicas direcionadas à saúde do trabalhador tendem a ter como foco principal os trabalhadores vinculados às organizações privadas, deixando uma importante lacuna na atenção à saúde para os servidores públicos. Analisando brevemente como o tema

da saúde do servidor público foi tratado nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST), veremos que a ênfase sempre esteve na formação e na justa remuneração do servidor público, sem priorizar a relação entre saúde e trabalho. (RAMMINGER; NARDI, 2007, p. 218).

Em se tratando dessa situação, havia grandes lacunas na questão da saúde e da segurança porque os órgãos não dispunham de normativas específicas para área, gerando insegurança jurídica. Neste sentido, as ações em saúde eram bem diversificadas e os critérios utilizados eram bastante diferenciados em relação, por exemplo, à perícia em saúde dos servidores. Essas ações eram tão variadas que a administração pública não tinha conhecimento da realidade enfrentada pelos diversos órgãos. Alguns deles não apresentavam qualquer ação em saúde, já em outros dispunham de serviços bem estruturados para seus servidores. (BRASIL, 2009).

A partir dos anos 2000, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, em um cenário de mudanças econômicas e tecnológicas, gerando aumento de acidentes e doenças do trabalho, bem como da precarização, das terceirizações e, especialmente, da retração dos direitos trabalhistas, tem-se um enorme desafio para o Estado no sentido de garantir proteção, saúde e segurança no trabalho para os servidores públicos federais. Essa situação levou vários movimentos da sociedade civil organizada, como os sindicatos dos servidores públicos, a pressionar o Estado para estruturar e implementar políticas de saúde e segurança voltadas para esta categoria.

Isto posto, a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do Governo Federal reconheceu que a assistência à saúde do servidor público federal ao longo do tempo foi realizada de forma fragmentada, descontínua, sem normatização e de acordo com os entendimentos de cada órgão. Desse modo, a partir de 2003, a Secretaria de Recursos Humanos (SRH/MP) criou a Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor (CGSS) para realizar um estudo sobre a situação de saúde e segurança dos servidores públicos federais em âmbito nacional. No levantamento efetuado, segundo Ponce (2014, p.28),

constatou-se que, para cada mil servidores, 3,2 se afastavam por mês, sendo 35% por problemas de lesão por esforço repetitivo (LER), 13% por depressão, 7% por dependência química e outros afastamentos, incluindo doenças cardíacas e intoxicações. Além disso, que de 2000 a 2005 a união teve um gasto de 2 bilhões por ano em relação a aposentaria por invalidez.

Assim, o governo percebeu que a saúde do servidor público necessitava de uma atenção especial. As informações sobre os dados de saúde como licenças médicas, acidentes

de trabalho, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais eram precárias, pois não havia um sistema para consolidação dos dados que pudesse traçar perfis de adoecimento e agravos à saúde para planejar as ações. (BRASIL, 2009).

Em 2005, o Ministério do Planejamento, diante dos resultados do diagnóstico realizado, propôs a criação do “Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal” (SISOSP) com o objetivo de coordenar a construção da política voltada para os servidores. Entretanto, é somente em 2007 que se inicia a implantação da PASS, sendo construída de forma participativa com uma base legal fundamentada nas questões de saúde e segurança, sustentada a partir dos eixos Vigilância e Promoção à Saúde; Assistência à Saúde do Servidor; e Perícia em Saúde. (BRASIL, 2009).

Segundo Zannin *et al.* (2015, p. 91), algumas críticas são feitas sobre as definições dos eixos da PASS, pois faltou a apresentação referente à Segurança no Trabalho, devendo ser tratado como um dos eixos da PASS.

As principais estratégias para efetivar essa política foram, segundo Zannin *et al.* (2015, p.90), além de capacitação e comunicação, o “Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS); o Diagnóstico dos Serviços de Saúde dos Órgãos Federais em Âmbito Nacional; o Sistema Nacional de Informações em Saúde do Servidor (SINAISS); e a organização da rede de unidades do SIASS”. Contudo, dessas ações previstas, a que tem mais avançado é a organização do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidos (SIASS), que foi regulamentado pelo Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009. “O SIASS, como sistema estruturante, possibilita 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”. (BRASIL, 2009).

A PASS deve ser efetivada através dos órgãos que têm Unidades SIASS. Cabe ressaltar que as primeiras unidades foram implantadas nas Universidades Federais que podiam firmar acordos de cooperação técnica para atenderem a outros órgãos federais. Essas unidades SIASS tem a responsabilidade de alocar os recursos existentes, fazer planejamento e executar ações de saúde para os servidores vinculados a ela.

Para tanto, as unidades do SIASS, por meio das equipes multidisciplinares, devem articular três eixos: vigilância e promoção à saúde; assistência à saúde; e perícia em saúde com vista ao planejamento e execução das ações em saúde e segurança no trabalho. Preconiza o artigo 2º do Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009:

Art. 2º O SIASS tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo.

Em suma, ao longo das duas últimas décadas foram criadas as bases legais que orientam as ações dos órgãos nos três eixos da PASS. Por exemplo, na Norma Operacional de Saúde do Servidor Público Federal (NOSS), nos Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental e nas Diretrizes Gerais de Promoção da Saúde – Portaria Normativa SRH nº 3 de 07/05/2010; nos Exames médicos periódicos (BRASIL, 2009c), na vigilância dos ambientes de trabalho (BRASIL, 2013b) e nas ações de prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2013c); bem como no Manual de Perícia Oficial que foi instituído pela Portaria nº 797, de 22 de março de 2010. Entretanto, a PASS ainda não foi concretizada de fato. Existem muitas lacunas para serem resolvidas, como os problemas de financiamento, de recursos humanos e de fiscalização.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O método tem fundamental importância para “tornar plausível a abordagem da realidade a partir das perguntas feitas pelo investigador”. (MINAYO, 2014 p. 54). Assim, a presente pesquisa foi delimitada como um estudo de caso. Segundo Gil (2008, p. 37), “no estudo de caso é realizada uma investigação de uma determinada realidade dentro de seu contexto real, onde os limites entre fenômenos e o contexto não estão claramente percebidos”.

De modo geral, este estudo tem como intuito compreender a realidade estudada, abordando como elementos essenciais para implantação de políticas públicas os fatores econômicos, políticos e o contexto social na qual a unidade SIASS/UFC se insere.

#### 3.1 Natureza e tipo de pesquisa

Bulmer (1978), citado por Minayo (2014), refuta o reducionismo da divisão tradicional das classificações das pesquisas e propõe uma alternativa para Pesquisa Social.

No que se alude a este estudo, interessa conceituar o que é pesquisa básica e estratégica. Na primeira, segundo a classificação de Bulmer (1978), a principal preocupação é o avanço científico por meio da construção de teorias e testes — não tendo objetivo prático em seu projeto inicial —, e as descobertas podem gerar informações para subsidiar decisões e políticas públicas. Em relação à estratégica, ela está voltada para

[...] os problemas concretos, focais, que surgem na sociedade ainda que não caiba ao investigador as soluções práticas para os problemas que aponta. Ela tem finalidade de lançar luz sobre determinados aspectos da realidade, [...] sua finalidade é a ação governamental ou da sociedade. Essa modalidade seria mais apropriada para o conhecimento e a avaliação de problemas e políticas do setor da saúde. (MINAYO, 2014 p. 49).

No caso deste estudo, trata-se de uma pesquisa básica e estratégica. Esta última está fundamentada nas teorias das ciências sociais, tendo como objetivo explicar aspectos da realidade com vistas à ação das políticas públicas. (MINAYO, 2014).

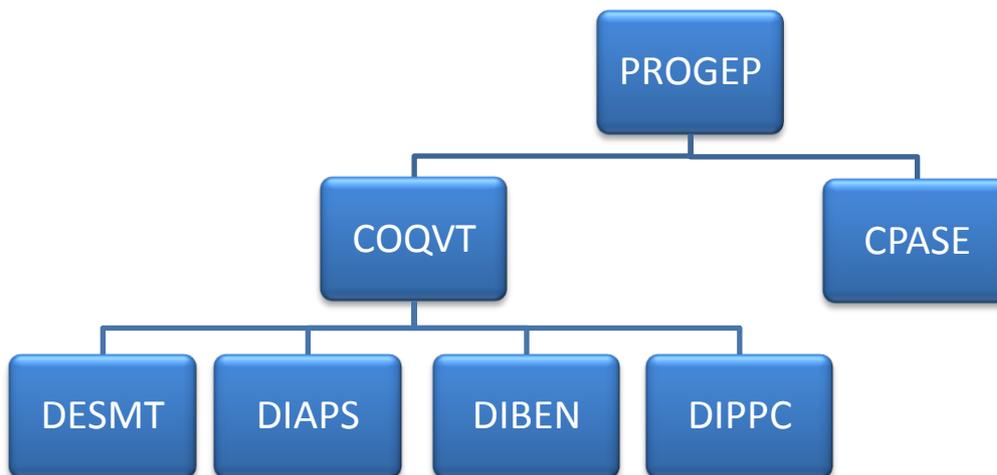
No que diz respeito às fontes secundárias, foram realizadas revisão bibliográfica e pesquisa em artigos, legislações e em outras fontes de informações. Na análise documental, foram consultados documentos institucionais como o acordo de Cooperação Técnica, assinado em 2011 pelos órgãos integrantes do SIASS sob a coordenação da UFC; o projeto de criação da Unidade SIASS; projetos de promoção e prevenção em Saúde do Trabalhador, seus

relatórios e avaliações; relatórios de gestão das coordenadorias de 2011 a 2014; registros estatísticos, como levantamentos de atendimentos, entre outros.

### 3.2 Lócus da pesquisa

O campo da pesquisa escolhido compreende os setores responsáveis pela execução da Política de Atenção ao Servidor na UFC, a saber: Coordenadoria Qualidade de Vida no Trabalho, composta pela Divisão de Apoio Psicossocial e Programas de Saúde (DIAPS), Divisão de Produção e Programas Culturais (DIPPC), Divisão de Administração de Benefícios (DIBEN) e Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho (DESMT); e a Coordenadoria de Perícia e Assistência ao Servidor e Estudante. Ambas as coordenadorias são subordinadas a Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da UFC.

Figura 1-Lócus da Pesquisa



### 3.3 Universo e amostra da Pesquisa

Para definição do universo da pesquisa, foi escolhido o de Amostragem Intencional, que, conforme Martins (2005, p.196), “de acordo com determinado critério, é escolhido intencionalmente um grupo de elementos que irão compor a amostra”. Desta forma, foram selecionados os servidores lotados na Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho (COQVT) e Coordenadoria de Perícia e Assistência ao Servidor e Estudante (CPASE). O estudo de campo teve o universo de 77 sujeitos, entre técnico-administrativos e gestores. Obteve-se uma amostra de somente 33 questionários respondidos pelos técnicos e

de seis entrevistas semiestruturadas concedidas por gestores, de um total de sete gestores. Destaca-se que o questionário foi deixado nos diversos setores durante uma semana no mês de agosto de 2015, e as entrevistas foram realizadas durante os meses de julho e agosto de 2015.

Assim, esta pesquisa privilegiou a atuação dos trabalhadores diretamente responsáveis pela execução e planejamento da PASS no âmbito da UFC, dentre eles o Pró-Reitor de Gestão de Pessoas; os coordenadores e os chefes das quatro divisões; os servidores técnicos dos setores mencionados — médicos-peritos, médicos do trabalho, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, engenheiros do trabalho, dentistas, técnicos de segurança do trabalho e enfermagem, assistentes em administração, entre outros. O propósito foi conhecer a opinião deles sobre a PASS e o contexto de trabalho.

Os resultados quantitativos dos questionários evidenciaram as características da população, almejando explicitar os dados socioprofissionais dos servidores da COQVT e da CPASE. Conforme o relatório de Gestão de 2014, estão lotados, atualmente, nas duas coordenadorias, 71 servidores, dos quais 40 estão lotados na CPASE e 31 na COQVT. A COQVT possui um coordenador e cinco chefes de divisões, enquanto a CPASE possui apenas um coordenador.

Dos servidores lotados nessas duas coordenadorias que responderam ao questionário, por volta de 54% deles tem entre 18 e 40 anos e 61% são do gênero feminino. Para 39% deles, a renda familiar é maior do que dez salários mínimos, e para 33% a renda está entre três e cinco salários. Por volta de 55% dos respondentes estão lotados na COQVT. Em relação à escolaridade, cerca de 57% tem nível de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado), o que demonstra a alta qualificação da equipe multiprofissional.

Em referência aos cargos dos servidores que responderam ao questionário, tem-se administrador (3%); assistente em administração (27%); assistente social (9%); auxiliar em administração (6%); auxiliar em enfermagem (3%); engenheiro do trabalho (6%); médico do trabalho (3%); perito médico (9%); perito odontólogo (12%); psicólogo (6%); técnico em segurança trabalho (3%); técnico em enfermagem (3%); e enfermeiro (3%); 3% dizem respeito a outros cargos e 3% não responderam.

Em relação ao tempo de instituição, 61% têm até cinco anos de tempo de serviço na UFC e 60% têm menos de cinco anos no setor de lotação. Esses dados mostram que a maioria dos servidores que estão lotados na COQVT e CPASE ingressou na instituição após 2011, quando se iniciou a implantação da PASS na UFC.

### 3.4 Instrumentos de coleta de dados em campo

O instrumento de coleta de dados constituiu-se de um questionário com escala psicométrica do tipo Likert. Esse tipo de escala busca avaliar o nível de concordância ou discordância sobre uma afirmativa dada. O questionário contemplou perguntas fechadas e abertas, com o intuito de captar aspectos gerais considerados importantes na investigação. Para Minayo (2014), o questionário visa compreender o ponto de vista dos sujeitos/objetos e normalmente é respondido sem a presença do pesquisador. Assim, o propósito do instrumental foi analisar o nível de conhecimento sobre a PASS, avaliar a implantação da política na instituição, conhecer a opinião sobre a gestão da PASS e ações de saúde, e por fim, avaliar a coordenadoria onde os servidores atuavam, bem como o contexto de trabalho.

O questionário foi dividido em quatro blocos. O primeiro bloco versou sobre o perfil socioprofissional dos servidores; o segundo sobre a avaliação geral da PASS na UFC; o terceiro sobre a avaliação da coordenadoria na qual o servidor atuava; e o último bloco contemplou a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT). Foram aplicados 71 questionários autoaplicáveis para servidores de nível médio e superior lotados nas diversas divisões da COQVT e CPASE. Cabe mencionar que o pesquisador deixou o questionário durante uma semana e, após esse período, foram recolhidos 33 questionários respondidos, o que corresponde a uma taxa de retorno de 46,5%.

Antes da aplicação definitiva do questionário, foi realizado um pré-teste do instrumental com seis servidores visando aprimorá-lo e validá-lo com as mudanças sugeridas. No pré-teste, foi avaliada a clareza na formulação das perguntas, as possíveis resistências em respondê-las e a adequação e sequência dos blocos. Dessa forma, após o pré-teste, foram feitas algumas mudanças necessárias na estruturação das sequências das perguntas, melhorias na formulação e na clareza das mesmas, sem alterações substanciais em seu conteúdo. (MINAYO, 2014).

Outro instrumental utilizado foi a entrevista semiestruturada para os gestores responsáveis pela PASS na instituição. Ela teve a finalidade de obter informações subjetivas que expressassem valores, atitudes e opiniões, crenças sobre a PASS e os processos de gestão dessa política na UFC. As entrevistas foram realizadas com os coordenadores e os chefes das divisões, no total de seis entrevistas concedidas — apenas um dos gestores não se disponibilizou.

No início das entrevistas, foi solicitada ao participante a autorização para gravação e a concordância com os procedimentos informados por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também foi utilizado um roteiro que possibilitou as várias interpretações sobre a visão dos sujeitos em relação à temática e ao contexto social no qual se insere a PASS. As entrevistas foram gravadas e transcritas e usadas nos resultados da pesquisa conforme os objetivos propostos. Ressalta-se que o questionário e o roteiro da entrevista estão anexados no apêndice.

### **3.5 Procedimentos para análise dos dados**

O processo de análise teve como alicerce a construção histórica do conceito de Saúde do Trabalhador e a materialização da PASS como política pública na UFC no período mencionado.

O questionário contemplou perguntas fechadas e abertas. Primeiro, foram analisadas as perguntas fechadas, chamadas de estimação ou avaliação. Estas apresentavam uma escala do tipo Likert que avaliou a opinião dos sujeitos sobre o tema. As perguntas tinham de quatro a cinco opções de resposta e abordavam a PASS, a gestão e, por último, a Escala de Avaliação Contexto de Trabalho (EACT).

Na interpretação dos resultados, foram produzidos gráficos e planilhas através do programa Microsoft Office Excel sobre perfil dos participantes; avaliação geral da PASS na UFC; avaliação da coordenadoria na qual o servidor atuava; e, por último, a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais). Cabe ressaltar que a EACT faz parte do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), desenvolvido por Mendes, Ferreira e Cruz (2007). Esse questionário foi validado com amostra de 5.437 trabalhadores de órgãos e empresas públicas federais do Distrito Federal.

A referida escala é um instrumental que faz um diagnóstico de como o trabalhador analisa seu ambiente de trabalho por meio de três dimensões. Mendes e Ferreira (2008) classificam essas dimensões em i) condições de trabalho, que abrange aspectos como a adequação do posto de trabalho, do mobiliário e dos equipamentos utilizados, o risco a que os sujeitos se expõem no ambiente; ii) organização do trabalho, que diz respeito ao ritmo de trabalho, à pressão para cumprir tarefas quanto aos prazos estabelecidos, ao nível dos resultados demandados e ao cumprimento de normas impostas para sua execução, à separação

entre as funções de gerenciamento e execução, à vigilância em relação ao desempenho dos trabalhadores, entre outros; e iii) as relações socioprofissionais, que destaca, entre outros, a clareza na delimitação das tarefas e sua distribuição equânime entre os profissionais, a participação dos funcionários na tomada de decisões e a capacidade das chefias de se comunicarem entre os subordinados e destes interagirem entre si.

Para análise da EACT, foram traçadas médias para cada fator e item que, em seguida, foram comparadas de acordo com a Tabela 1, a fim de obter o resultado final por categoria.

Tabela 1 – Parâmetros básicos para a interpretação de resultados da EACT

Avaliação	Média	Interpretação
Satisfatório	1,00 - 2,30	Resultado positivo e produtor de bem-estar no trabalho. Aspecto a ser mantido e consolidado no ambiente organizacional.
Crítico	2,30 - 3,70	Resultado mediano. Indicador de “situação limite”, potencializando mal-estar no trabalho e risco de adoecimento. Sinaliza estado de alerta, requerendo providências imediatas a curto e médio prazo.
Grave	3,70 - 5,00	Resultado negativo e produtor de mal-estar no trabalho. Forte risco de adoecimento, requerendo providências imediatas nas causas visando eliminá-las e/ou atenuá-las.

Fonte: Mendes e Ferreira, (2008).

Para as perguntas abertas do questionário, foi utilizada a análise de conteúdo, que é uma técnica de pesquisa que trabalha a palavra, permitindo, de forma prática e objetiva, categorizar e realizar inferências através das mensagens escritas no texto. (CAREGNATO; MUTT, 2006).

Nas entrevistas semiestruturadas, foi utilizada a análise de discurso, que é uma técnica que trabalha com os sentidos e produz interpretações que serão contextualizadas conforme o objetivo da pesquisa. Minayo (2014, p. 320) afirma que “a análise de discurso considera o texto como um monumento e sua exterioridade como parte constitutiva da historicidade inscrita nele”. Para Caregnato e Mutt (2006, p. 680), a análise de discurso “tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação”.

## 4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, será apresentada a unidade SIASS/UFC considerando suas principais informações, equipes multidisciplinares e a legislação que fundamenta e orienta os serviços prestados. Ainda será analisada a implantação da PASS na UFC através das ações, dos programas e dos projetos executados no período de 2011 a 2014. Em seguida, examina-se os resultados quantitativos e qualitativos dos questionários aplicados aos 71 servidores lotados na COQVT e na CPASE e também as entrevistas semiestruturadas feitas com seis gestores das duas coordenadorias. Nessa perspectiva, foi possível realizar uma análise global dos dados, relacionando-os com a implantação da PASS na UFC.

### 4.1 O Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) na Universidade Federal do Ceará.

As unidades do Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), segundo o Decreto nº 6.833/2009, devem centralizar o atendimento e os procedimentos relativos à saúde do servidor, sendo responsáveis por desenvolverem e organizarem ações de perícia, promoção à saúde e vigilância dos ambientes de trabalho. Além disso, tem a incumbência de realizar os registros dos acidentes de trabalho, o nexo das doenças profissionais, bem como a readaptação e reabilitação profissional. As unidades do SIASS contemplam

[...] uma política sustentada a partir de 3 grandes eixos: **assistência, perícia, promoção e vigilância à saúde** fundamentada em gestão com base em informação epidemiológica, em inter-relação entre os eixos, trabalho em equipe multidisciplinar e avaliação dos locais de trabalho que considere os ambientes e as relações de trabalho constituindo outro paradigma da relação saúde e trabalho no serviço público. (BRASIL, 2008, p. 1, grifo nosso).

Para cumprir tal determinação legal, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) promoveu reuniões com vários órgãos da Administração Pública Federal (APF) com o objetivo de iniciar os projetos de implantação das Unidades SIASS em todos estados da federação. Para tanto, considerou-se geralmente órgãos que tivessem experiência ou serviços de saúde já instalados para os seus servidores. Dentre órgãos da APF, as universidades federais eram as mais bem estruturadas em relação aos serviços de saúde e à

equipe multiprofissional. Por isso, em diversos estados elas ficaram à frente dos projetos de implantação da PASS.

No Ceará, a Universidade Federal do Ceará (UFC) coordenou e implantou a primeira unidade do Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) do estado. Esta unidade, segundo documento de implantação, teve como propósito promover uma política de saúde transversal para os órgãos conveniados à unidade, planejando e executando as ações de vigilância e promoção à saúde e propondo medidas de prevenção e de correção nos ambientes e processos de trabalho. Deve também mobilizar a equipe multiprofissional para desenvolver atividades de atenção à saúde e junta médica, bem como realizar perícia médica oficial e elaborar o perfil epidemiológico da saúde dos servidores. Por fim, deve realizar pesquisas/estudos acerca do ambiente, das condições e relações de trabalho dos servidores, como forma de fundamentar as ações a serem desenvolvidas para intervenção e melhoria das condições de trabalho. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011)

Cabe esclarecer que, à época, foi a Superintendência de Recursos Humanos que teve a incumbência de organizar e implantar essa unidade por meio do Departamento de Desenvolvimento Humano. Este ficou responsável por geri-la, tendo a finalidade de coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência, perícia, promoção e vigilância à saúde para os órgãos integrantes do acordo de cooperação. Atualmente, os serviços prestados pela unidade são de responsabilidade da Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho (COQVT) e da Coordenadoria de Perícia e Assistência ao Servidor (CPASE). Esta é responsável pelo eixo de Perícia e aquela pelos eixos de Assistência, Vigilância e Promoção da saúde, ambas subordinadas à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP).

Para formalizar a instalação da unidade SIASS/UFC, foi firmado, por um período de dois anos, um Acordo de Cooperação Técnica (ACT), acompanhado de um Plano de Trabalho, assinado em 11 de agosto de 2011 entre a UFC e mais 14 órgãos federais. Na Tabela 2, apresenta-se a composição da unidade SIASS, conforme Acordo de Cooperação Técnica, com os respectivos quantitativos de servidores assistidos por ela.

Tabela 2 - Órgãos que compõem a Unidade SIASS/UFC e quantitativo de servidores lotados por órgão.

Nome do Órgão	Qtd. de	%
---------------	---------	---

		servidores	
1.	Universidade Federal do Ceará- UFC	6.339	60,08
2.	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará - IFCE	1.900	19,68
3.	Superintendência Federal de Agricultura, Pecuária e Abastecimento no Ceará SR/DPF/CE	470	4,87
4.	16ª Superintendência Regional de Polícia Rodoviária Federal no Ceará / PRF	398	4,12
5.	Penitenciária Federal em Mossoró - PFMOS;	265	2,75
6.	Superintendência Federal de Agricultura, Pecuária e Abastecimento no Ceará - SFA/CE	186	1,93
7.	Unidade Estadual da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no Ceará IBGE/CE	181	1,88
8.	Banco Central do Brasil – Gerência Administrativa Regional em Fortaleza - BACEN/ADFOR	151	1,56
9.	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB	115	1,19
10.	Agência Brasileira de Inteligência – Superintendência Estadual Ceará - ABIN/SECE	60	0,62
11.	Agência Nacional de Telecomunicações ANATEL	43	0,45
12.	Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade - ICMBIO	41	0,42
13.	Agência Nacional de Transportes Terrestres - ANTT	36	0,37
14.	Agência Nacional de Transportes Aquaviários - ANTAQ	7	0,07
Total		9.653	100,00

Fonte: Dados do relatório anual de gestão da COQVT, 2011.

Como se observa na Tabela 2, a maior parte dos servidores beneficiados com os serviços da Unidade SIASS é oriunda da própria universidade, correspondendo ao total de 60,8%. Em seguida, vem o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE), com 19,68% dos servidores.

Cada unidade SIASS deve dispor de uma equipe multiprofissional para atender as demandas e as especificidades das questões de saúde dos servidores públicos federais. Com referência à composição da equipe multidisciplinar da unidade SIASS/UFC, esta é formada basicamente pelos servidores do quadro de pessoal da UFC. Entretanto, em contrapartida, foram cedidos à Unidade, em 2011, uma assistente social e uma médica perita da Polícia Rodoviária Federal (PRF); um administrador da Superintendência Federal de Agricultura, Pecuária e Abastecimento no Ceará (SAF); um médico perito do IFCE; e um engenheiro de segurança do trabalho do Departamento Nacional de Obras Contra as Secas (DNOCS). Observando os dados na Tabela 3 e o gráfico sobre o quadro de servidores da Unidade

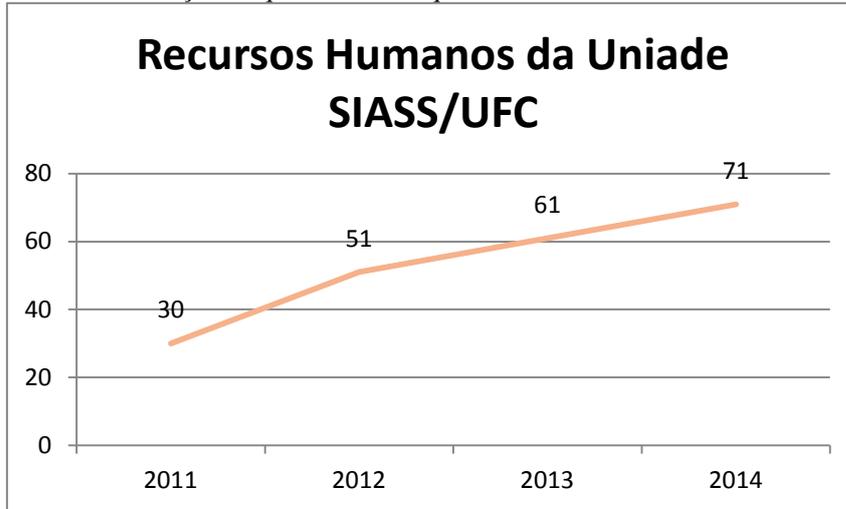
SIASS/UFC de 2011 a 2014, constata-se um crescimento de 128%. Esse aumento se deu principalmente por causa do ingresso de novos servidores por meio de concurso público nos últimos quatro anos.

Tabela 3 – Quantitativo de Recursos Humanos da Unidade SIASS/UFC (2011 a 2014)

Cargo	QTD / %							
	2011		2012		2013		2014	
Administrador (a)	1	3%	0	0%	0	0%	2	3%
Assistente em Administração	4	13%	11	22%	12	20%	11	15%
Assistente Social	1	3%	5	10%	4	7%	4	6%
Auxiliar de Enfermagem	1	3%	3	6%	5	8%	5	7%
Auxiliar em Administração	1	3%	3	6%	3	5%	4	6%
Copeiro	0	0%	2	4%	2	3%	2	3%
Enfermeiro	1	3%	0	0%	1	2%	1	1%
Engenheiro de Segurança do Trabalho	1	3%	2	4%	3	5%	5	7%
Médico do Trabalho	1	3%	3	6%	4	7%	4	6%
Médicos Peritos	9	30%	9	18%	14	23%	16	23%
Odontólogo(a)	4	13%	4	8%	4	7%	4	6%
Programador cultural	2	7%	1	2%	2	3%	2	3%
Psicólogo	0	0%	2	4%	2	3%	3	4%
Secretária Executiva	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Servente de Limpeza	0	0%	1	2%	1	2%	1	1%
Téc. em Segurança do Trabalho	0	0%	0	0%	0	0%	2	3%
Técnica em Enfermagem	4	13%	4	8%	3	5%	4	6%
Tecnólogo	0	0%	1	2%	1	2%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Gráfico 1-Evolução do quantitativo no quadro de recursos humanos da Unidade SIASS/UFC (2011-14)



Fonte: elaborada pela autora, 2015.

Em relação aos acordos de cooperação entre os órgãos e a Unidade SIASS, nota-se que o Governo Federal não especifica quais os critérios para criação dessas unidades, nem quais as responsabilidades de cada órgão ou como deve ser feita a contrapartida de cada instituição. Outros quesitos não explicitados dizem respeito à quantidade mínima e/ou máxima que cada unidade deve atender de servidores. Essa falta de clareza pode criar uma variedade de Unidades que, por vezes, adotam procedimentos e condutas diferenciadas. Outrossim, observa-se uma falta de documentos normativos sobre o funcionamento das unidades e responsabilidades inerentes a cada órgão que compõe as unidades do SIASS. (ZANIN *et al.*, 2015).

No início da implantação da PASS em todo Brasil, estavam previstos dois concursos públicos para as unidades do SIASS, com disponibilização de 1000 vagas, mas os concursos foram suspensos por tempo indeterminado. Também era esperada a construção de instalações exclusivas e total autonomia para as unidades. Todas essas questões apontadas ainda não foram resolvidas e não há previsão para que sejam efetivadas. (ZANIN, *et al.*, 2015).

Zanin, *et al.* (2015) evidencia que as implantações das Unidades do SIASS têm a tendência de otimização dos recursos como objetivo primordial. O eixo de perícia em saúde apresenta um viés de controle da força de trabalho. Nesse sentido, não conseguiram, ainda, avançar no que se propunham, pois existe uma clara insuficiência de ações de vigilância com foco no ambiente de trabalho, bem como ações efetivas que possam ser implementadas em cada órgão, conforme suas necessidades.

Diante deste contexto, a maioria das unidades do SIASS tem apresentado diversas dificuldades em relação à efetivação da PASS, como assinala os mesmos autores, citando o relatório final da Conferência de Recursos Humanos, realizada em 2009:

1. Quanto à gestão e política: falta de visão de saúde organizacional; conceito de saúde restrito ao aspecto ocupacional, em detrimento da perspectiva integral; insegurança e resistência devido à mudança de cultura; pouco comprometimento e vontade política de alguns gestores, nos diversos níveis; fragilidade na definição das competências e responsabilidades na implantação do SIASS e das áreas internas de cada órgão; não estabelecimento de diretrizes; e ausência de autonomia da Política de Assistência à Saúde dos Servidores.
2. Quanto à perícia médica: dificuldade na troca de paradigma de perícia médica; inexistência de regulamentação/padronização da atividade pericial para os servidores públicos federais; ênfase nas ações de perícia médica em detrimento de outras ações de promoção da saúde; e risco do SIASS se tornar exclusivamente um modelo pericial de controle.
3. Quanto a pessoal/equipe: quadro reduzido para as atividades do SIASS, especialmente para as ações periciais; indefinição do papel, do perfil e da composição da equipe de vigilância à saúde; indefinição de como será estruturada a equipe técnica, seu papel e sua vinculação; inexistência de alguns cargos, como técnico de segurança; e falta da definição de uma política remuneratória. (ZANIN, *et al.*, 2015, p. 91).

Tendo em vista esta situação, a unidade SIASS/UFC também tem enfrentado alguns problemas para implantação da PASS. Principalmente no que se refere à gestão política, pois não conseguiu mudar a visão organizacional em relação à saúde do servidor; quanto à perícia médica, observa-se que boa parte do trabalho se limita à homologação de atestados sem que seja feito um trabalho de promoção e prevenção. Por último, no que se alude às condições de trabalho e equipe profissional, constata-se que as instalações não atendem à demanda do serviço, e os recursos humanos ainda é insuficiente. Por esse prisma, é possível afirmar que a unidade SIASS/UFC ainda não conseguiu implementar efetivamente seu plano de trabalho, principalmente no que concerne às ações de promoção e vigilância em saúde.

A Unidade SIASS/UFC, no final do ano de 2013, enviou documentação para o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) para renovação do Acordo de Cooperação e do Plano de Trabalho, haja vista que o primeiro acordo havia expirado em agosto de 2013. Entretanto, o Departamento de Saúde do Ministério do Planejamento comunicou às unidades SIASS que seriam realizadas alterações no fluxo de celebração dos Acordos de Cooperação e solicitou às unidades que se abstivessem de fazer novos acordos e aditivos. Assim, o Termo de Cooperação e o Plano de Trabalho da Unidade SIASS/UFC de 2013 não foi assinado pelo MPOG. No entanto, o atendimento e o serviço prestado a todos os

órgãos que compunham as unidades SIASS não poderiam sofrer descontinuidade. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2014).

Diante desse quadro, a unidade SIASS/UFC promoveu algumas reuniões com os demais órgãos integrantes do Acordo de Cooperação Técnica para discutir a situação da unidade. A Coordenadoria de Perícia e Assistência ao Servidor e Estudante (CPASE) questionou a legalidade do serviço prestado a outros órgãos sem nenhum documento assinado pelo MPOG. Para dirimir as dúvidas, foi elaborado um documento pela UFC e enviado ao MPOG tratando do assunto. Conforme relatório de gestão, o Departamento de Saúde da Secretaria de Recursos Humanos, em resposta, ratificou que estavam ocorrendo modificações na celebração dos acordos de cooperação no âmbito do Ministério do Planejamento e que o documento enviado às unidades SIASS “respaldaria legalmente a execução das ações e atividades e que a suspensão da assinatura do acordo de cooperação “não poderia acarretar em descontinuidade das atividades do SIASS”. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2014, p. 2).

A unidade SIASS/UFC, sem os documentos do Acordo de Cooperação assinado pelo MPOG e, conforme relatos dos gestores, enfrentando dificuldades para prestação dos serviços a outros órgãos, resolveu suspender o atendimento para realização de perícias e demais ações em saúde. Entretanto continuou, até o momento, atendendo determinados órgãos que tinham um menor número de servidores, a saber: Superintendência Federal da Agricultura (SFA), Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC), Agência Nacional de Transportes Aquaviários (ANTAQ), Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT). Assim, a Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas formalizou aos órgãos integrantes do SIASS/UFC, por meio do Ofício 1630/2015/PROGEP/UFC, que

[...] não mais realizará perícias aos órgãos do SIASS antes conveniados, tendo em vista o estrangulamento da nossa capacidade de atendimento e a inexistência de Acordo de Cooperação do Serviço de Assistência à saúde do servidor do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) que justifique tais atendimentos.

A principal motivação para o descredenciamento dos órgãos do Acordo de Cooperação gira em torno da contrapartida de cada órgão integrante da unidade. Os principais argumentos inerentes a essa questão estão relacionados com a falta de clareza e recursos para o funcionamento das unidades do SIASS. Por exemplo: como cada órgão vai dispor de recursos financeiros e humanos para a unidade? A perícia tem legalidade nos seus atos? Por fim, a unidade argumenta que tem um número insuficiente de servidores para atender a

demanda de todos os órgãos credenciados e ainda aos estudantes da UFC — no caso dos estudantes, somente o CPASE realiza atendimento para os mais diversos fins.

Essa situação em relação à efetivação da PASS representa diversos prejuízos para os servidores públicos federais, pois enfraquece a política de atenção à saúde, especialmente no que se refere à prestação de serviço de saúde, aos tipos de procedimentos distintivos nos diversos órgãos federais e desestruturação dos serviços de saúde dos órgãos que já estavam credenciados, uma vez que os órgãos acabaram com os serviços de saúde depois do credenciamento à unidade.

Mesmo com todos os problemas apresentados para efetivação da PASS por meio do SIASS, é importante destacar que as legislações que balizam o funcionamento da unidade SIASS são as estruturas legais para os órgãos da Administração Pública Federal (APF). Por isso, a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento determinou que os órgãos da Administração Pública Federal devem fundamentar suas ações de segurança e saúde nas legislações a seguir: na Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal, uma construção coletiva de 2010 que contempla uma série de normativas; na Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS/2010), que define as diretrizes gerais para orientar as equipes de vigilância dos órgãos federais na avaliação e intervenção nos ambientes e processos de trabalho e na realização das ações de promoção à saúde do servidor público federal; no artigo 206-A da lei Nº 8.112, de 1990, regulamentado pelo Decreto Nº 6.856/2009, que institui a realização de exame médico periódico, visando, por meio dos exames clínicos e avaliações laboratoriais gerais e específicas, avaliar a condição de saúde dos servidores e detectar precocemente doenças relacionadas ou não ao trabalho; na Portaria SRH nº 1.261, de 04 de maio de 2010, que institui os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental; e, por último, no Manual de Perícia Oficial, publicado em 2010, que orienta os peritos e a equipe multiprofissional nos atendimentos de perícia oficial.

Ademais, deve ser criada uma rede que articule os projetos de promoção à saúde e de qualidade de vida que sejam compatíveis com os conceitos, princípios e diretrizes da PASS e, por fim, é preciso organizar comissões de saúde do servidor por local de trabalho que possibilite a participação efetiva dos servidores no processo de saúde-doença relacionado ao ambiente de trabalho.

A efetivação da PASS por meio das Unidades do SIASS é uma das estratégias que o governo possui para a área de saúde do servidor, porém ainda é preciso resolver questões de

natureza econômica, política e administrativa. Além do mais, por ser uma política ainda recente, encontra dificuldades de consolidação e legitimação, não existindo, até o momento, nenhum tipo de fiscalização por parte de qualquer órgão regulador em saúde do trabalhador.

#### **4.2 Eixos: Promoção e Vigilância à Saúde e Assistência à Saúde do Servidor Público Federal sob responsabilidade da Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho (COQVT)**

A efetivação do eixo de Promoção e Vigilância à Saúde é o principal desafio da PASS na atualidade, pois é responsável por “executar ações de vigilância e de promoção à saúde, que alterem ambientes e processos de trabalho e produzam impactos positivos sobre a saúde dos servidores federais”. (BRASIL, 2010, p.2). A sua estratégia é compreender os processos de saúde e doença, utilizando informações de um sistema de vigilância epidemiológica para intervir nos contextos e processos de trabalho, negociando prioridades nos locais de trabalho.

A legislação que fundamenta a PASS aponta como um contexto laboral promotor de saúde aquele cujo ambiente e cujos processos de trabalho minimizem os riscos à saúde e à vida dos trabalhadores. Para isso, preconiza como prioridade mudanças nesses contextos com a participação efetiva dos servidores, como recomenda as normativas em saúde do trabalhador.

Desta maneira, visando orientar os órgãos federais, foi instituída a Portaria Normativa Nº 3, de março de 2013, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério de Planejamento Orçamento Gestão (MPOG), sobre as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, estabelecendo, no seu Artigo 4º, que as “ações de promoção da saúde têm como finalidade a melhoria dos ambientes, da organização e do processo de trabalho, de modo a ampliar a conscientização, a responsabilidade e a autonomia dos servidores [...]”. Por fim, devem focar na prevenção dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho e na educação em saúde para a adoção de práticas que melhorem as condições e a qualidade de vida no trabalho. Essa portaria traz orientações básicas para os órgãos integrantes do SIASS, respaldando muitas ações que já vinham acontecendo e outras que poderão ser planejadas nos órgãos integrantes da APF. Igualmente, preconiza e incentiva a participação dos servidores como forma de melhorar os contextos de trabalho e de saúde.

A participação dos trabalhadores é um das diretrizes da construção da PASS prevista na Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS) em seu inciso IV “assegurar o

direito de participação dos servidores, em todas as etapas do processo de atenção à saúde, é estratégia de valorização do seu saber sobre o trabalho.” (BRASIL, 2010).

Entretanto, a participação dos servidores da Unidade SIASS/UFC na construção e efetivação dessa política ainda é insuficiente, devido provavelmente à desinformação e à ausência de incentivo por parte da gestão. Além disso, as representações sindicais parecem não cobrar da instituição uma maior participação, ou por desconhecem tal política ou por não ser uma das principais reivindicações das categorias dos técnico-administrativos e docentes. Não obstante, mesmo com essa apatia aparente, existem projetos desenvolvidos pela instituição que visam maior participação do servidor no processo saúde-doença e sua relação com o ambiente de trabalho, conforme projetos da COQVT.

Em se tratando do financiamento desse eixo da política, a Portaria Normativa Nº 3, de março de 2013, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério de Planejamento Orçamento Gestão (MPOG) prevê, no artigo 18, que os órgãos no âmbito do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC) “devem viabilizarem os meios e os recursos necessários para garantir a implantação e a implementação das ações de promoção da saúde, com recursos próprios ou oriundos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão”. No entanto, muitas ações de saúde, nesse eixo, ainda não foram implementadas por falta de recursos financeiros e humanos.

No tocante ao eixo de assistência à saúde aos servidores federais, o Sistema Único de Saúde (SUS) seria o principal responsável, segundo a Lei 8.112/90 (Regime Jurídico Único), por promover um conjunto de benefícios e ações que visem assistência à saúde. Na mesma lei, na seção XI, capítulo III, artigo 230, a atenção à saúde contempla a assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica. Suas diretrizes, como constam no documento, voltam-se para intervenções preventivas e promocionais prestadas pelo SUS ou mediante convênio ou contrato, bem como na forma de auxílio. (BRASIL, 2008).

Após duas décadas da promulgação da Lei 8.112/90, somente a PASS resolveu a questão do financiamento do eixo de assistência à saúde com provisão de verbas voltadas para este fim. De acordo com o Decreto Federal nº 4.978, de 03 de fevereiro de 2004, cada órgão da administração pública federal pode optar por conceder o benefício financeiro. O custeio será parcial e poderá contratar as operadoras de saúde de autogestão por meio de convênios ou por meio de contratos com a iniciativa privada.

A modalidade adotada na UFC foi a de caráter indenizatório mediante ressarcimento. Esse modelo teve como fundamento um estudo realizado por uma comissão

instituída pelo Reitor em 2007, entrando em vigor no ano seguinte. Desta forma, os servidores que aderissem a qualquer plano de saúde deveriam apresentar o contrato de adesão e a primeira fatura paga para serem reembolsados via folha de pagamento, conforme tabela do governo federal. (DOMINGOS, 2011).

A regulamentação desse direito foi realmente um avanço em relação à assistência à saúde, pois antes era somente o servidor que custeava seu plano de saúde e de sua família. Contudo, este valor fica, na maioria dos casos, muito aquém dos valores pagos pelos servidores às operadoras de planos de saúde.

Esses dois eixos da PASS se encontram regulamentados, o de promoção e vigilância à saúde e de assistência à saúde, mas se esclarece que o antigo Departamento de Desenvolvimento Humano (DDH), hoje COQVT, já desenvolvia alguns serviços e projetos para os servidores desde a década de 1990. Porém, por não existir uma legislação que os fundamentassem, eles eram, muitas vezes, fragmentados e descontinuados, principalmente por falta de recursos financeiros e de recursos humanos.

Tendo como referência esses dois eixos, apresenta-se na Tabela 4 todas as divisões que compõem a COQVT — os programas, os projetos e as ações em saúde e qualidade de vida — e na Tabela 5 a equipe multiprofissional responsável pela execução dos programas, projetos e ações em saúde.

Tabela 4 - Divisões da COQVT com seus respectivos Programas, Projetos e ações

<b>Divisão</b>	<b>Programas, projetos e/ou ações desenvolvidos /atividades</b>
Divisão de Apoio Psicossocial (Diaps)	Serviço de Atendimento Psicológico Atendimento psicossocial Projeto elaborar (compreender e transformar o trabalho) Projeto de Prevenção e Acompanhamento dos Servidores com Problemas decorrentes do Uso/Abuso do Álcool e/ou Outras Drogas Projeto de Valorização do Aposentado da UFC Projeto de Preparação para a Aposentadoria da UFC Mediação de Conflitos no ambiente de trabalho Blog Vida no trabalho
Divisão de Produção e Programas Culturais (DIPPC)	Projetos: Orquestra de Flautas; Dança de Salão; Quero Ver Teatro; Ioga; Massoterapia; Semana do Servidor Público Federal.

Divisão de Administração de Benefícios (DIBEN)	Concessões: Auxílio transporte, alimentação, assistência à saúde suplementar e auxílio pré-escolar.
Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho (DESMT)	Exames Periódicos Análise de Insalubridade e Periculosidade Ações de vigilância em saúde

Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

Tabela 5 - Número de servidores lotados na COQVT -2014

Fonte: Elaborada pela autora, 2015.

Equipe técnica	Qtd de servidores	%
Assistente social	4	13%
Administrador	1	3%
Auxiliar em Administração	2	6%
Assistente em Administração	6	19%
Auxiliar de enfermagem	1	3%
Engenheiros de Segurança do Trabalho	5	16%
Médicos do Trabalho	3	10%
Produtor cultural	2	6%
Psicólogo	3	10%
Técnico Enfermagem	1	3%
Técnicos de Segurança do Trabalho	2	6%
Total	31	100%

#### 4.2.1 Divisão de Apoio Psicossocial – DIAPS

A Divisão de Apoio Psicossocial (DIAPS) é composta por profissionais prioritariamente da área da Psicologia e do Serviço Social. Sua principal competência é “atuar junto às questões psicossociais em suas variadas expressões, implantando e desenvolvendo ações que oportunizem a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores da UFC e dos órgãos integrantes da Unidade SIASS/UFC, além do consequente crescimento institucional”. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2013).

Durante os anos de 2011 a 2014, essa divisão realizou diversas atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças, disponibilizando atendimento social e psicológico e desenvolvendo projetos em consonância com a PASS. Apresentamos os projetos a seguir.

#### *4.2.1.1 Projeto Elaborar: Compreender e Transformar o Trabalho*

De acordo com seu projeto de implantação, o projeto “Elaborar” visa à promoção da saúde dos servidores a partir das mudanças no contexto de trabalho. Essas mudanças podem favorecer a saúde dos trabalhadores, bem como a qualidade dos serviços prestados. Tem por objetivo “compreender como se constitui a atividade laboral realizada na instituição, de modo a suscitar transformações nos contextos de trabalho”. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2012). Esse projeto tem como diretriz fundamental a participação dos servidores em todas as etapas previstas. Outro aspecto importante é a participação da chefia quando ela tem interesse e disposição em dialogar e negociar com sua equipe de trabalho. Essa participação tem o intuito de melhorar a organização, condições e relações de trabalho.

A demanda deve ser espontânea e a participação dos trabalhadores é voluntária. Esse projeto é inovador e desafia o mundo do trabalho, pois a saúde deve ser pensada dentro de um contexto, onde fatores como condições e organização do trabalho sejam levadas em consideração quando se tratar do mundo do trabalho.

Os principais resultados, conforme relatórios da equipe técnica e avaliações aplicadas nos setores onde ocorreram as intervenções, são a efetiva participação dos servidores nos processos de mudanças no ambiente de trabalho no que diz respeito às condições, organização e relações de trabalho, melhorando aspectos relacionados também à saúde e à qualidade de vida no trabalho.

Na busca por transformar de forma mais impactante o ambiente de trabalho, pode-se apontar como um dos principais desafios do projeto um maior nível de abrangência, de forma a envolver um maior número de setores na UFC, e também contemplar outras instituições, já que o número reduzido da equipe técnica que o executa só permite atuação na universidade federal.

#### *4.2.1.2 Projeto: Mediação de Conflitos nos Contextos de Trabalho*

O projeto “Mediação de Conflitos nos Contextos de Trabalho” nasceu, como consta no projeto de implantação do mesmo, a partir da necessidade de fomentar, na instituição, um olhar diferenciado sobre a existência de conflitos, que, muitas vezes, são silenciados ou não recebem a devida importância.

Considera-se que os locais de trabalho são espaços que propiciam não apenas o desenvolvimento das atividades profissionais, mas também a sociabilidade e a construção de vínculos. Dentro dessa perspectiva, visualiza-se a ocorrência de conflitos socioprofissionais que podem repercutir negativamente na saúde dos trabalhadores e no ambiente laboral. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011). Assim, atendendo a demandas oriundas de diversos setores da instituição, o objetivo é atuar na perspectiva da promoção à saúde do servidor a partir de ações que visem à mediação de conflitos nos contextos de trabalho.

Cabe ressaltar que uma das principais dificuldades apresentadas para execução desse projeto está no fato de a questão do conflito não ser reconhecida pela instituição como um elemento que pode trazer consequências tanto para saúde emocional como também para organização do trabalho.

Esse projeto atende somente as demandas da UFC, não podendo estender suas atividades às outras instituições do SIASS.

#### *4.2.1.3 Projeto de Valorização do Aposentado (PVA) e Projeto de Preparação para a Aposentadoria (PPA)*

O Projeto de Valorização do Aposentado foi elaborado em 1993 com o propósito de propiciar aos servidores aposentados da UFC uma atitude positiva em face da atual situação socioeconômica em que estão inseridos, valorizando-os e incentivando-os a novas buscas e realizações.

O projeto busca proporcionar melhor qualidade de vida aos aposentados através de atividades que favoreçam o despertar para novas buscas e realizações. São realizados módulos de temas específicos na área social, psicológica, cultural e da saúde; atividades externas; acompanhamento individual social e psicológico; realização de seminário para sensibilizar e mobilizar os aposentados para a questão da aposentadoria; e, ainda, a formação de grupos psicossociais, bem como reuniões sociais.

O Projeto de Preparação para a Aposentadoria realiza um curso preparatório para a aposentadoria voltado aos servidores docentes e técnico-administrativos com dois ou menos anos para integralizar tempo de serviço necessário à aposentadoria.

São ofertados módulos durante o ano com temas relacionados à saúde, direitos do aposentado, alimentação e qualidade de vida, entre outros. As reuniões são semanais e

acontecem durante seis meses. Vale ressaltar que esse projeto já existia antes da implantação da PASS na UFC. Ele atende a indicação de servidores da Unidade SIASS.

#### *4.2.1.4 Projeto Prevenção e Tratamento do Alcoolismo e outras Drogas (PPA ad)*

O projeto “Prevenção e Tratamento do Alcoolismo e outras Drogas” já existe na instituição há mais de vinte anos. Ele atua na desmistificação dos assuntos relacionados ao álcool e outras drogas na organização, desestimulando, por meio de campanhas e abordagens sociais, o consumo entre os trabalhadores. O projeto também incentiva a procura espontânea de ajuda por aqueles que apresentam problemas de uso, abuso ou dependência de álcool e drogas, facilitando sua reinserção no ambiente de trabalho e na família.

De 2011 a 2014, foram realizados 167 atendimentos a servidores e familiares que são acompanhados pelo projeto. Além de ações de prevenção como palestras, capacitação de gestores, seminários e distribuição de material informativo.

Em relação às dificuldades elencadas nos relatórios de gestão, é importante citar a falta de informações em relação ao problema; a não identificação, por parte da instituição, dos servidores com problemas de drogas; o não encaminhamento dos servidores com dependência pelos gestores; e uma rede de atendimento fragilizada.

#### *4.2.1.5 Projeto Saúde do Trabalhador em Debate*

Conforme seu projeto de implantação, o projeto “Saúde do Trabalhador em Debate” faz parte de uma parceria entre a Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e o Núcleo de Psicologia do Trabalho. Trata-se de uma estratégia de promoção à saúde com o objetivo de trazer informações e debates que possam repercutir positivamente para a qualidade de vida dos trabalhadores, em especial dos servidores públicos. Ele gera conteúdo sobre qualidade de vida e saúde, entre outros assuntos, através do blog [vidanotrabalhoufc.blogspot.com](http://vidanotrabalhoufc.blogspot.com). Ressalta-se também a realização de palestras, a distribuição de material informativo e a realização de duas temporadas, nos anos de 2011 e 2012, do “Vida no Trabalho”, programa radiofônico transmitido pela Rádio Universitária FM 107,9.

Por fim, vale salientar que a Divisão de Apoio Psicossocial atua também em atividades de educação em saúde de acordo com o calendário do Ministério da Saúde,

realizando campanhas na prevenção de doenças relacionadas aos hábitos de vida e em outras campanhas de promoção à saúde.

A análise das atividades em relação ao desempenho — ver Tabela 6 — mostra que durante os anos de 2011 e 2012 houve um incremento no número de atendimentos, além de um aumento no número de projetos implantados. Já em relação aos anos de 2013 e 2014, verifica-se que alguns projetos tiveram um número menor de participantes.

Tabela 6 - Análise desempenho da DIAPS medida através do número de atendimentos nos anos de 2011 a 2014.

AÇÃO	Nº de servidores/ %							
	2011		2012		2013		2014	
Atendimento psicológico	30	18%	48	8%	36	5%	48	10%
Atendimento psicológico (perícia)	0	0%	0	0%	3	1%	0	0%
Atendimento social	35	21%	0	0%	40	6%	25	5%
Blog "Vida no Trabalho"	0	0%	59	10%	0	0%	0	0%
Mediação de conflitos	7	4%	15	3%	6	1%	6	1%
Estudo social (perícia)		0%	12	2%	16	2%	16	3%
PPA	23	14%	20	3%	42	6%	20	4%
PVA	0	0%	60	10%	22	3%	20	4%
PPP ad	8	5%	23	4%	47	7%	55	12%
Projeto Elaborar/UFC	60	37%	6	1%	0	0%	102	22%
Seminários e palestras	0	0%	354	59%	452	68%	179	38%
Total	163	100%	597	100%	664	100%	471	100%

Fonte: Dados da análise de desempenho COQVT, 2015.

#### 4.2.2 Divisão de Produção e Programas Culturais (DIPPC)

A competência da Divisão de Produção e Programas Culturais é planejar, organizar e difundir atividades socioculturais e esportivas no âmbito da universidade que visem a qualidade de vida do servidor. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2015.)

##### 4.2.2.1 Orquestra de Flautas

Segundo o projeto de implantação, a Orquestra de Flautas da UFC existe desde 2006, fomentando o estudo da música por meio do ensino da flauta doce, a fim de

proporcionar o conhecimento técnico e teórico musical, contribuindo para o desenvolvimento sociocultural dos servidores e dependentes. É um projeto que contribui para a socialização, o raciocínio, a concentração, a disciplina, o aprimoramento do senso crítico e a expansão do conhecimento musical dos participantes, além de promover a valorização do servidor e de sua família. A orquestra realiza apresentações públicas dentro e fora da UFC.

#### *4.2.2.2 Dança de salão*

Conforme Universidade Federal do Ceará (2013), o Curso de Dança de Salão visa promover a saúde física e mental e a socialização dos servidores e cônjuges através de uma atividade física e lúdica. Tem contribuído para a qualidade de vida dos servidores e para o seu desenvolvimento físico, mental e social.

#### *4.2.2.3 Curso de violão*

Conforme Universidade Federal do Ceará (2013), desde o início, em 2012, o Curso de Violão vem contribuindo com a melhoria na qualidade de vida dos seus participantes, visto que o estudo da música estimula o despertar de habilidades como paciência, sensibilidade e capacidade de memorização e de concentração, reduzindo também os sentimentos de ansiedade, solidão e depressão, contribuindo, assim, para atenuar os problemas e tensões da vida moderna. Contudo, em 2014, as atividades desse curso estão paradas por falta de contratação de um profissional da área.

#### *4.2.2.4 Massoterapia e Ioga:*

De acordo com o projeto de implantação, as atividades de massoterapia e ioga possuem como objetivo principal a diminuição do estresse laboral e a prevenção das doenças osteomusculares, notadamente a dorsolombalgia. A ioga pode propiciar o autoconhecimento e a paz interior, aliviando as tensões e estresses do dia-a-dia. A massoterapia é uma técnica de massagem rápida que traz benefícios como o alívio de tensões musculares, da fadiga e do estresse, produzindo sensação de bem-estar.

Em relação às dificuldades enfrentadas pela DIPPC, estão a inexistência de espaço adequado para o bom desenvolvimento das atividades previstas, a dificuldade quanto à compra de material para a realização das atividades e a falta de adesão e regularidade por parte dos servidores.

Na Tabela 7 estão elencadas as atividades que foram implementadas principalmente a partir de 2013, diversificando as opções para os servidores da UFC.

Tabela 7 - Análise de desempenho da DIPPC medida através do número de atendimentos nos anos de 2011 a 2014.

PROJETO	2011		2012		2013		2014	
Orquestra de Flautas	23	100%	20	100%	23	24%	30	5%
Dança de Salão	0	0%	0	0%	73	76%	179	28%
Ioga	0	0%	0	0%	0	0%	135	21%
Massoterapia	0	0%	0	0%	0	0%	264	42%
Teatro	0	0%	0	0%	0	0%	22	3%
Total	23	100%	20	100%	96	100%	630	100%

Fonte: Dados dos indicadores de gestão da COQVT, 2015.

#### 4.2.3 Divisão de Administração de Benefícios – DIBEN

A Divisão de Administração de Benefícios (DIBEN), segundo o a Universidade Federal do Ceará (2014), dá suporte às atividades de gestão da assistência à saúde suplementar, assistência pré-escolar, auxílio-transporte e auxílio-alimentação, prestando atendimento e orientação aos servidores quanto aos direitos e deveres, nos termos da legislação em vigor.

Abaixo, estão os principais benefícios ao servidor que foram regulamentados recentemente e que se inter-relacionam com a Política de Saúde do servidor, especialmente com a de assistência à saúde.

##### 4.2.3.1 Auxílio-alimentação

O auxílio-alimentação é um benefício concedido a partir do início do efetivo exercício, pago mensalmente em folha remuneratória para utilização efetiva em despesas de

alimentação por dia de trabalhado, sendo proporcional ao regime de trabalho. Ele foi regulamentado pela Portaria 619/2012, de 27 de dezembro de 2012, do Ministério do Planejamento.

#### *4.2.3.2 Auxílio Transporte*

O auxílio-transporte é destinado aos servidores e empregados públicos que utilizam transporte coletivo no trajeto residência/trabalho/residência, exceto deslocamentos nos intervalos de repouso ou alimentação.

#### *4.2.3.3 Assistência Pré-Escolar (Auxílio-Creche)*

Assistência Pré-Escolar/Auxílio-Creche é um benefício para servidores públicos em efetivo exercício que possuem filhos, enteados ou menor sob guarda judicial na faixa etária compreendida entre o nascimento e os cinco anos de idade.

#### *4.2.3.4 Assistência à Saúde Suplementar (Auxílio-Saúde)*

Segundo a Universidade Federal do Ceará 2012, o modelo de assistência à saúde suplementar dos servidores adotado na UFC foi o de auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento. Este modelo foi resultado de consulta coordenada por uma Comissão de Saúde Suplementar designada pelo Magnífico Reitor através da Portaria 1543-A, de 14 de agosto de 2007. Dessa forma, o servidor contrata um plano de saúde e, posteriormente, será feito o ressarcimento em seu contracheque mediante apresentação de contrato e faturas pagas. Além dessa modalidade, a UFC assinou em 2011 convênios com a GEAP e Grupo Aliança, que oferecia a modalidade prevista pelo MPOG. Assim, os servidores que aderirem ao modelo de convênio terão automaticamente o valor do *per capita* repassado para a GEAP e o ajuste de contas descontado no contracheque.

A divisão tem a responsabilidade de administrar esses benefícios. Alguns são automáticos, como o auxílio-alimentação, enquanto outros necessitam de solicitação no setor.

É feito um controle sistemático dos benefícios e os servidores devem atender os requisitos mínimos para acessá-los.

De acordo com a Universidade Federal do Ceará (2013 e 2014), as principais dificuldades enfrentadas pelo setor dizem respeito à atualização cadastral dos servidores. Mas em 2014 foi feito um recadastramento de todos os servidores da UFC por meio da PROGEP. É realizado o acompanhamento da adimplência dos beneficiários do auxílio e isso demanda um volume de trabalho burocrático.

Em relação à Tabela 8, de análise de desempenho das atividades, observa-se que o auxílio-saúde foi o benefício que teve maior aumento no número de beneficiários ao longo dos últimos quatro anos devido à inclusão dos dependes legais.

Tabela 8 - Análise de desempenho da DIBEN medida através do número de atendimentos nos anos de 2011 a 2014.

Benefícios	Ano/ %							
	2011		2012		2013		2014	
Auxílio-alimentação	3921	47%	3921	37%	3921	45%	3921	33%
Auxílio-transporte	877	10%	822	8%	783	9%	635	5%
Assistência pré-escolar	417	5%	444	4%	448	5%	3565	30%
Auxílio-saúde	3199	38%	3441	32%	3565	41%	3635	31%
Total	8414	100%	10640	100%	8717	100%	11756	100%

Fonte: Dados indicadores de gestão da COQVT, 2015.

#### 4.2.4 Divisão de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – DESMT

De acordo com a Universidade Federal do Ceará (2014), a Divisão de Engenharia e Segurança e Medicina do Trabalho realiza a elaboração e emissão de laudo pericial dos diferentes ambientes de trabalho na UFC para efeito de concessão dos adicionais de insalubridade ou periculosidade. Também realiza, conforme a PASS, a execução de ações de vigilância para avaliar os ambientes e a organização do trabalho, visando a promoção à saúde.

No ano de 2014, a divisão, que é composta majoritariamente por profissionais da área de Medicina do Trabalho, Engenharia e Segurança no Trabalho, iniciou a realização dos exames médicos periódicos, como previsto no Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009: “Art. 1º Os exames periódicos têm como objetivo, prioritariamente, a preservação da saúde dos

servidores, em função dos riscos existentes no ambiente de trabalho e de doenças ocupacionais ou profissionais”.

A UFC somente conseguiu iniciar a contratação dos serviços em 2013, para elaboração dos Programas de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e dos Exames Médicos Periódicos.

Em 2014, foi contratado o serviço de terceiros para a realização dos exames periódicos por meio do Serviço Social da Indústria (SESI) para toda universidade, contudo, apenas 427 exames foram realizados, conforme Tabela 9.

Tabela 9 - Análise de desempenho da DESMT medida através do número de ações realizadas nos anos de 2011 a 2014.

<b>PRINCIPAIS ATIVIDADES</b>	<b>2011</b>		<b>2012</b>		<b>2013</b>		<b>2014</b>	
Concessão de adicionais	0	0%	0	0%	244	100%	336	36%
Laudos para concessão	3	100%	29	100%	0	0%	0	0%
Perfis Profissiográfico Previdenciário	0	0%	0	0%	0	0%	64	7%
Programa de Prevenção de Riscos Ambientais	0	0%	0	0%	0	0%	47	5%
Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional	0	0%	0	0%	0	0%	47	5%
Exames médicos periódicos	0	0%	0	0%	0	0%	427	46%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>	<b>244</b>	<b>100%</b>	<b>921</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados dos indicadores de gestão da COQVT, 2015

De acordo com a Universidade Federal do Ceará (2014), as dificuldades apontadas pela equipe dizem respeito às condições de trabalho, como falta de computadores, impressora e mobiliário suficiente; demora da manutenção dos equipamentos; falta de transporte; e falta de incentivo e verba para cursos de qualificação da mão-de-obra. Em 2015, todo o mobiliário e equipamentos foram trocados neste setor. Em relação à gestão e relacionamento no ambiente de trabalho, a equipe relata a falta de integração entre as divisões da COVT e os diversos setores da UFC para o desenvolvimento de trabalhos em conjunto; o excesso de burocracia; e, por último, a falta de posicionamento, na maioria das vezes, por parte do Ministério do Planejamento quando são enviadas dúvidas sobre a legislação.

A crítica que se faz a esse eixo traz como elemento principal as limitações das ações em relação a sua abrangência, já que não se consegue atingir os *campi* do interior e nem outros órgãos do SIASS/UFC. Além do mais, o número de servidores beneficiados com as ações ainda é muito pequeno em relação ao quadro de servidores da instituição. Outra questão importante refere-se à falta de integração com o eixo de perícia, sob responsabilidade da CPASE, pois as duas coordenadorias ficam em prédios distintos e suas equipes multiprofissionais ainda não conseguiram estabelecer ações conjuntas.

#### **4.3 Eixo de Perícia sob responsabilidade da Coordenadoria de Perícia e Assistência ao Servidor e Estudante (CPASE)**

A perícia, conforme documentos e legislações da PASS, visa “a uniformização de procedimentos, a transparência dos critérios técnicos, a agilização administrativa, a humanização no atendimento, a racionalidade de recursos, o apoio multiprofissional e relações com as áreas da assistência e da promoção da saúde”. (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, foram publicados diversos documentos com o objetivo de instrumentalizar as unidades do SIASS com parâmetros e protocolos técnicos para avaliação das concessões das mais diversas licenças de saúde e aposentadorias por invalidez. Um dos documentos mais importantes foi o Manual de Perícia Oficial lançado em 2010 com o propósito de orientar os profissionais peritos das unidades SIASS. Nele, definiu-se a natureza do serviço prestado como “o ato administrativo que consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e a capacidade laboral, realizada na presença do periciado por médico ou cirurgião-dentista formalmente designado”.

O setor responsável pelas atividades de perícia em saúde na UFC era a Divisão de Perícia e Assistência à Saúde do Servidor/Estudante (DPASE). Antes de 2010, esse setor fazia parte da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis, sendo responsável por prestar assistência à saúde aos estudantes de graduação e atendimentos aos servidores em relação a perícias médicas.

A partir da implantação da PASS na UFC, a DPASE ficou subordinada à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas, por meio da COQVT. Entretanto, a partir de outubro de 2014, ela passou a ser subordinada diretamente à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas, sendo denominada Coordenadoria de Perícia e Assistência à Saúde do Servidor (CPASE). Conforme

a Universidade Federal do Ceará (2014), a Coordenadoria de Perícia e Assistência ao Servidor (CPASE)

Realiza perícias oficiais, médicas e odontológicas, com o intuito de avaliar o estado de saúde do servidor docente e técnico-administrativo, para o exercício de suas atividades laborais. Além disso, a CPASE oferece atendimento médico e odontológico aos discentes regularmente matriculados nos cursos de graduação presencial da Universidade Federal do Ceará, bem como a realização de perícia médica para fins de concessão de trancamento de matrícula ou regime especial por motivo de saúde aos discentes dos cursos de graduação e pós-graduação.

Segundo relatórios de gestão de 2014, o número de servidores lotados nesse setor é de 40 profissionais, tanto da área da saúde como da área administrativa. Desse número, 50% correspondem a peritos médicos e odontólogos, conforme Tabela 10.

Tabela 10 - Número de servidores lotados na CPASE, 2014.

Cargo	Qtd. Servidores	%
Administrador (a)	1	3%
Assistente em Administração	6	15%
Auxiliar de Enfermagem	5	13%
Auxiliar em Administração	1	3%
Copeiro (a)	2	5%
Enfermeiro (a)	1	3%
Médicos (as) Peritos (as)	16	40%
Odontólogo(a)	4	10%
Secretário (a) Executivo (a)	1	3%
Servente de Limpeza	1	3%
Técnico (a) em Enfermagem	2	5%
TOTAL	40	100%

Fonte: elaborada pela autora, 2015.

Em pesquisa realizada nos relatórios de gestão de 2011 a 2014, somente se conseguiu dados detalhados do último ano. As informações dos anos anteriores têm outro tipo metodologia, por isso não foi possível realizar uma análise através de uma série histórica. Dessa forma, estão dispostos na Tabela 11 os números atualizados de atendimentos realizados no CPASE em 2014.

Tabela 11 - Número de perícias realizado pelo CPASE em 2014.

PERÍCIAS	UFC		OUTROS ORGÃOS		TOTAL	
Perícia Singular	2.495	86%	1.285	75%	3.780	82%
Junta Médica	408	14%	431	25%	839	18%
Perícia Admissional	365	13%	124	7%	489	11%
Aposentadoria	13	0%	13	1%	26	1%
<b>Total</b>	<b>2.903</b>	<b>100%</b>	<b>1.716</b>	<b>100%</b>	<b>4.619</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados do Relatório de Gestão, 2014.

Destaca-se que os profissionais lotados no CPASE também atendem aos estudantes da UFC, seja para realização de perícias ou para atendimentos assistenciais, como mostra a Tabela 12.

Tabela 12 – Número de atendimento realizado pela CPASE a estudantes da UFC.

Tipo	QTD/%	
Consultas Médicas	1.595	34%
Consultas Odontológicas	2.458	52%
Regime especial	556	12%
Trancamento de Matrícula	121	3%
<b>Total</b>	<b>4.730</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados do Relatório de Gestão, 2014.

Atualmente, a CPASE não está prestando serviço de perícia aos órgãos do Acordo de Cooperação de 2011, entretanto, atende alguns deles com menor número de servidores, como a Superintendência Federal da Agricultura (SFA), a Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC), a Agência Nacional de Transportes Aquaviários (ANTAQ) e a Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT), segundo informação repassada pelo setor em 11 de dezembro de 2015.

De acordo com os relatórios de gestão, o setor responsável pela perícia apresenta algumas dificuldades, como falta de estrutura física, condições inadequadas de trabalho e número insuficiente de profissionais. Além do mais, atende atualmente a dois públicos distintos: os estudantes, quando presta assistência e perícias, e os servidores, com serviços de perícia.

Uma crítica pertinente ao serviço de perícia diz respeito a natureza do trabalho, pois não tem conseguido expandir sua atuação para além da homologação de atestados, controle dos afastamentos do trabalho e realização de perícias. Até o momento, não há ações efetivas voltadas para a vigilância e promoção da saúde do servidor em parceria com a COQVT. Além disso, falta comunicação entre as equipes multiprofissionais das duas coordenadorias, especialmente em relação aos dados sobre saúde, doenças e acidente de trabalho. Isso se deve, em parte, à distância física entre as duas coordenadorias.

#### **4.4 Avaliação da PASS e do Contexto do Trabalho sob a ótica da equipe multiprofissional da unidade SIASS/UFC**

A seguir, serão apresentados os resultados da avaliação que os servidores da Unidade SIASS/UFC realizaram do seu Contexto de Trabalho, da legislação da PASS e sua efetivação na UFC.

No primeiro bloco do questionário, foi solicitado aos servidores lotados na COQVT e CPASE que descrevessem suas principais atividades de trabalho. A finalidade foi analisar se as atividades descritas tinham relação com os objetivos, com as diretrizes da PASS, com o projeto de implantação da Unidade SIASS e com as competências das coordenadorias. Assim, as principais descrições das atividades realizadas pelos servidores podem ser divididas em três grupos:

1) Rotinas administrativas: redigir ofícios, tramitação de processos, cadastramento em sistema informatizado de pedidos de benefícios como auxílio-transporte, pré-escolar e saúde; análise de processos diversos; movimentação e organização de processos de insalubridade, periculosidade, aposentadoria e outros de natureza administrativa; arquivamento de documentos e prontuários de saúde; marcação de atendimentos; inclusão de atestados, protocolo de documentos, separação de documentos; concessão do adicional de insalubridade e periculosidade; produção de relatórios.

2) Atividades de atendimento ao público: perícia de saúde (singular e junta) para servidores e estudantes; clínica odontológica somente para estudantes e perícia para servidores; escuta qualificada para mediação de conflitos; entrevistas sociais; atendimento aos servidores para orientações gerais sobre o sistema SIASS; atendimento ao servidor para esclarecer dúvidas a respeito de benefícios, etc; e atendimentos psicossociais;

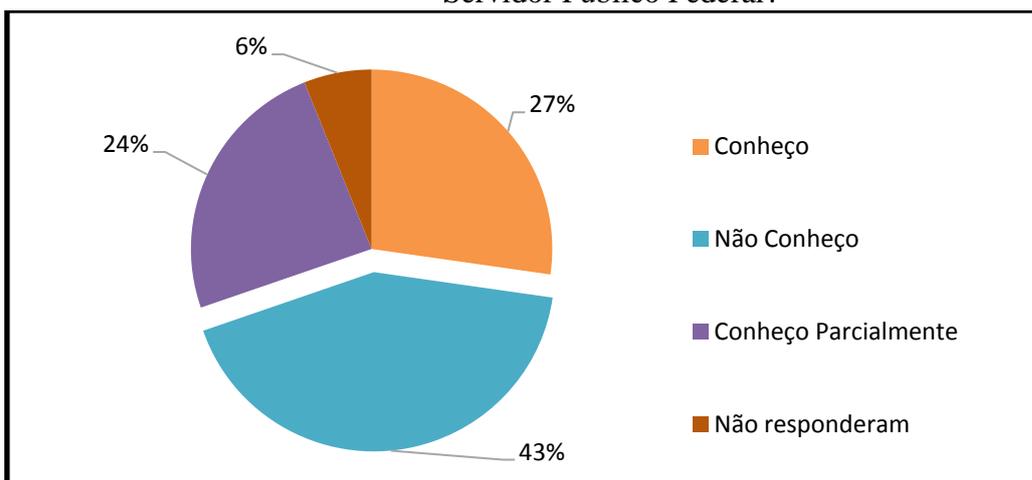
3) Atividades de prevenção e promoção: perícias ambientais; implantação das medidas relacionadas à saúde e à segurança do trabalho; auxílio nos programas de prevenção e perfil profissiográfico previdenciário; atuação junto aos servidores em ações de promoção à saúde; mediação de conflitos; coordenação de projetos como o de preparação para aposentadoria e valorização do aposentado.

Conforme descrição das atividades, constata-se que as principais demandas ao serviço estão dentro da responsabilidade da Unidade SIASS/UFC especificada nas competências de suas coordenadorias e na legislação, com exceção do atendimento aos estudantes pela CPASE, no que se refere à legislação da PASS.

Para avaliar o nível de compreensão sobre a PASS, foi perguntado aos servidores se conheciam as diretrizes da PASS. Entre os respondentes, apenas 27% afirmaram conhecer as diretrizes, 43% afirmaram não conhecer nenhuma diretriz e 24% informaram conhecer parcialmente. Outro dado que se inter-relaciona com essa informação diz respeito à participação dos servidores em cursos, seminários e eventos sobre a PASS, pois 76% afirmaram não ter participado de nenhuma formação, curso, ou seminário sobre tal assunto. Isso demonstra que o nível de conhecimento sobre a PASS é um dos fatores que pode ser modificado com investimento em capacitação e treinamentos sobre o assunto.

Gráfico 2- Conhecimento sobre as diretrizes da PASS.

Você conhece as diretrizes da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal?



Ainda sobre o conhecimento da legislação, foi solicitado que citassem alguma diretriz da PASS, contudo, apenas doze servidores citaram o que entendiam como diretriz.

Nota-se que os respondentes a esta pergunta fizeram referência à promoção da saúde, perícia e assistência, basicamente o eixo de atuação deles. Em relação especificamente as diretrizes que estão elencadas na Portaria Normativa Nº 3, de 7 de maio 2010 — Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS) — apenas um dos servidores citou a interdisciplinaridade como uma diretriz. Para se analisar as respostas dos servidores, faz-se necessário apresentar primeiramente a NOSS que especifica, no Artigo 5º, suas diretrizes: universalidade e equidade; integralidade das ações; acesso à informação; participação dos servidores; regionalização e descentralização; transversalidade; intra e intersectorialidade; cogestão; embasamento epidemiológico; formação e capacitação; transdisciplinaridade e a pesquisa-intervenção.

Nas respostas dos servidores da COQVT e da CPASE sobre as diretrizes, observa-se que boa parte cita os eixos da PASS como diretriz: a resposta do Sujeito 1 foi “Promoção da saúde, perícia e assistência” (informação verbal); a resposta do Sujeito 5 foi “Ações voltadas à educação em saúde, à prevenção de riscos, agravo e danos ao servidor” (informação verbal); o Sujeito 30 respondeu da seguinte forma:

Política de atenção à saúde: SIASS - Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (perícia médica e odontológica; assistência à saúde; promoção a saúde) Assistência à saúde (SUS e auxílio), Segurança do trabalho do servidor (com exames periódicos; vigilância dos locais de trabalho). (informação verbal).

E a resposta do Sujeito 31 foi “Interdisciplinaridade, Abordagem biopsicossocial; integralizar procedimentos governamentais do SIASS.” (informação verbal).

Realizando uma comparação entre as diretrizes da NOSS e as respostas dos servidores, percebe-se que eles compreendem as diretrizes como os eixos da PASS. Existe uma confusão entre diretrizes e eixos, muito provavelmente por desconhecerem a PASS e por não terem participado de alguma capacitação sobre a legislação.

Logo depois, foram indagados sobre que tipo de avaliação eles faziam da PASS no âmbito da UFC, em relação à efetividade, à gestão política e ao papel do governo federal. As opções variaram entre “nada eficaz”, “pouco eficaz”, “eficaz”, “muito eficaz” e “extremamente eficaz”.

Em relação à efetividade da PASS na UFC, 52% dos respondentes a consideram pouco eficaz, ao passo que somente 33% a consideram eficaz. Em referência à gestão política da PASS, 48% a consideram pouco eficaz, enquanto 33% acreditam ser eficaz. Sobre o papel do governo federal para efetivação da PASS na UFC, 52% consideram o papel pouco eficaz, e

apenas 21% afirmam ser eficaz. Esses dados revelam que a PASS na UFC ainda não conseguiu se estabelecer como política pública, conforme Gráfico 3 e Gráfico 4. A equipe de trabalho a percebe como algo positivo, mas difícil de se colocar em prática.

Gráfico 3-Eficácia da PASS na UFC

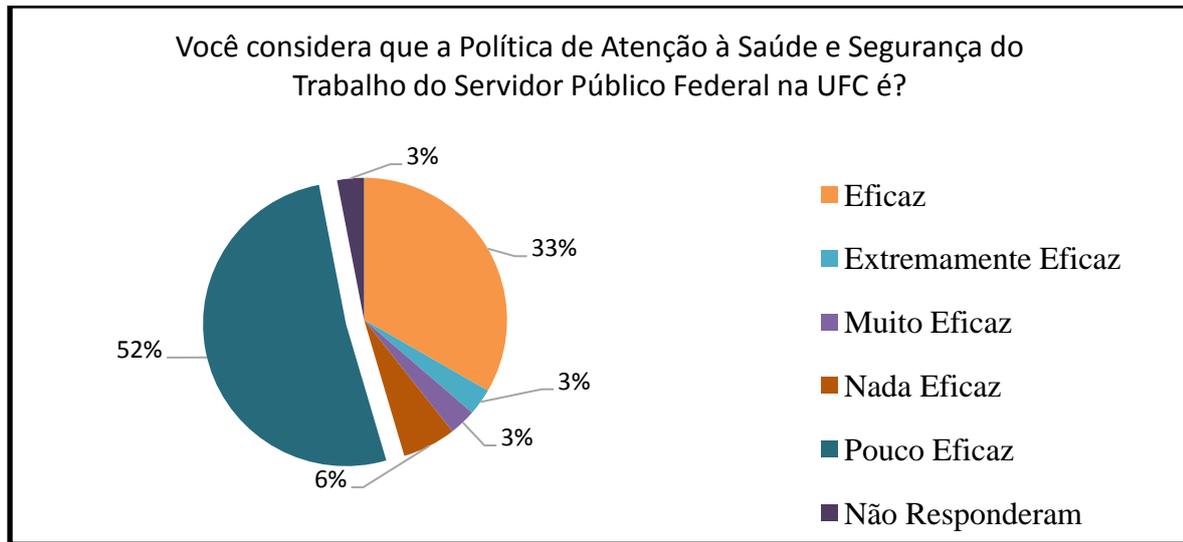
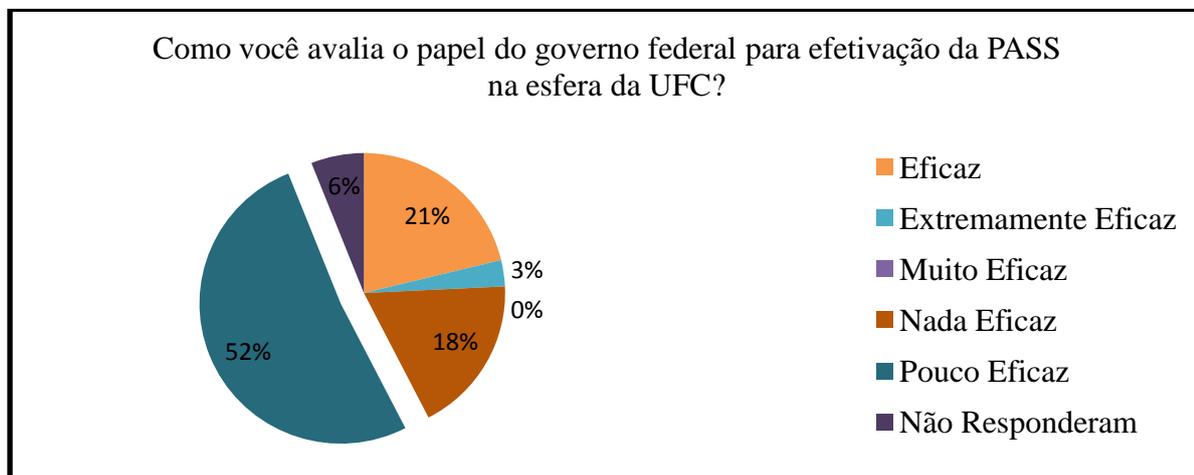
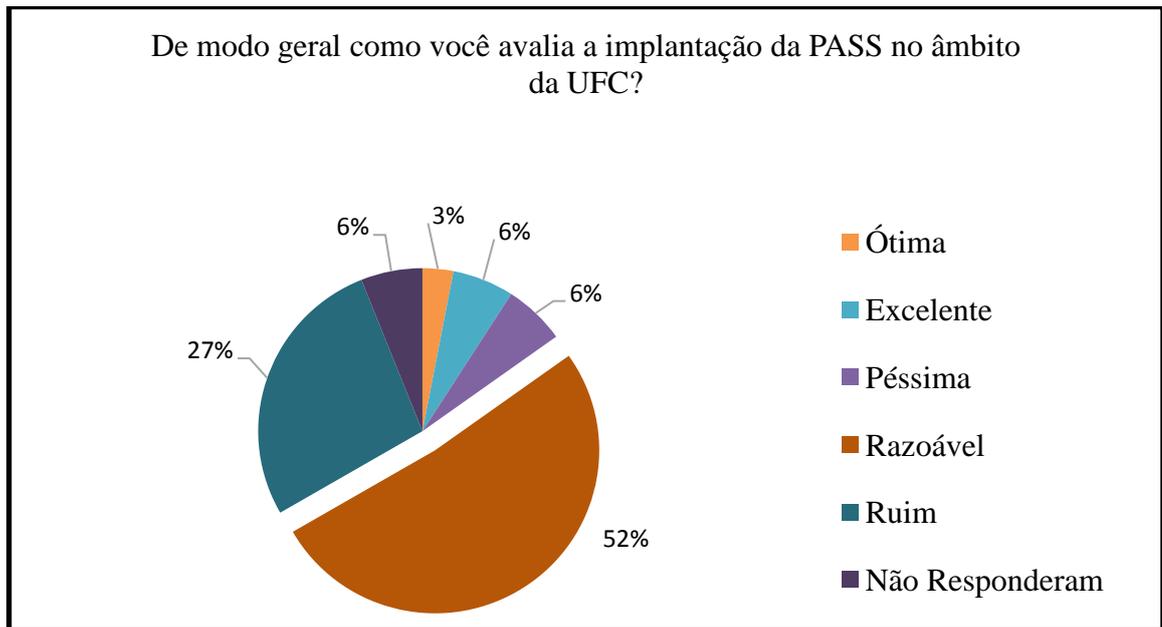


Gráfico 4-Papel do Governo Federal



Também foi solicitado que os servidores avaliassem a implantação da PASS no âmbito da UFC. As opções variaram entre “péssima”, “ruim”, “razoável”, “ótima” e “excelente”. 52% dos servidores afirmaram que a implantação foi razoável e 27% disseram que foi ruim.

Gráfico 5-Implantação da PASS na UFC



Com o intuito de elaborar uma análise das justificativas dos servidores respondentes em relação a algumas respostas, apresenta-se a seguir alguns dos argumentos verificados. Sobre **Gestão da PASS e o Papel do Governo Federal**: Sujeito 2 - “Falta de apoio da instituição”; Sujeito 14 - “Péssimo modelo de gestão aplicado no setor responsável pela perícia em saúde”; Sujeito 16 - “Em decorrência de falta de vontade dos gestores em tornar essa política mais visível do conjunto de servidores da UFC, e as dúvidas cobranças junto ao MPOG”; Sujeito 7 - “A dificuldade que me refiro são a falta de interesse e de investimento por parte do Governo Federal nessa área específica”; Sujeito 18 - “Houve um momento inicial de defesa à PASS e de estímulo a sua implantação, porém a situação atual é adversa, sem compromisso da gestão local e nacional (MPOG), com enfraquecimento dos processos de legitimação da política”. Sobre **Formação e capacitação**: Sujeito 13 - “Não há formação dos servidores para compreenderem, planejarem, participarem do planejamento da política”. Sobre **Divulgação e comunicação**: Sujeito 4 - “Falta de divulgação e falta de preocupação com a saúde dos servidores; Sujeito 6 - “Pela falta de divulgação e de profissionais em número suficiente para atender todas as pessoas”; Sujeito 8 - “Pouca divulgação, pouca penetração nos *campi* do interior; Sujeito 9 - “Deveriam ser realizadas ações de divulgação da política bem como o fortalecimento da mesma, porém, o que se observa é a tentativa de fragmentação e enfraquecimento da mesma. Falta por parte de alguns gestores visão mais abrangente da política”. Sobre **Realizar ações no eixo de vigilância e**

**promoção à saúde:** Sujeito 10 – “Acredito que poderiam haver mais ações de promoção da saúde”. Sujeito 14 – “Pouca ênfase no eixo de promoção à saúde; Sujeito 20 – “Ainda existe carências na área de prevenção e promoção de saúde”; Sujeito 24 – “No que diz respeito à segurança do trabalho do servidor, a política da UFC é retirar os direitos do servidor que trabalha em ambiente perigoso ou insalubre”; Sujeito 26 – “A política gira em torno de ações paliativas, e não na prevenção de doenças e medidas de segurança. As poucas medidas de segurança existentes foram retiradas”.

Fazendo uma análise das respostas dos servidores, é possível verificar que a principal problemática que a PASS tem enfrentado na sua implantação diz respeito à gestão da PASS, à Comunicação e à insuficiência de ações de promoção e prevenção. Alguns elementos citados por eles têm relação com essa percepção. Pode-se citar como exemplo a falta de interesse dos gestores com a saúde dos servidores; a fragmentação da PASS; a falta de interesse do governo federal; o modelo de gestão ruim; a falta de privilégio à promoção à saúde; a falta de interesse da gestão superior; a falta de compromisso da gestão com sua implantação; o foco nas ações paliativas em detrimento da prevenção; e problemas de comunicação como pouca divulgação da PASS na UFC, falta de informação sobre a PASS e falta de integração entre as coordenadorias.

No bloco III do questionário, foi solicitado aos servidores que realizassem uma avaliação da coordenadoria na qual atuavam. As opções variaram entre “péssimo”, “ruim”, “razoável”, “ótimo” e “excelente”. 52% dos servidores respondentes afirmaram que a coordenação responsável pelos serviços da PASS é razoável e apenas 21% acham que é ótima. Em relação à articulação entre as duas coordenadorias, para 33% ela é razoável e para 30% é ruim.

Comprova-se, então, que, para a maioria dos respondentes, as duas coordenadorias têm pouca articulação, seja política ou de gestão tanto no âmbito local como no nacional. A principal questão diz respeito à falta de interesse da gestão sobre a PASS na instituição e à pouca comunicação entre as duas coordenadorias para realizar o planejamento e a avaliação dos resultados em relação às ações de saúde na UFC.

Os respondentes também foram questionados sobre os treinamentos, o planejamento, a avaliação das ações nos setores, a divulgação, a comunicação com o público usuário do serviço e a pesquisa sobre satisfação dos usuários. As opções de respostas variaram entre, “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “frequentemente” e “sempre”.

Em relação ao planejamento do trabalho e das diretrizes da PASS de forma participativa na coordenadoria em que atuam, 42% dos servidores respondentes afirmaram que isso acontece raramente e 33% às vezes. Com referência à avaliação periódica e sistemática das atividades e das ações planejadas da PASS, 33% dos pesquisados afirmaram que isso acontece raramente e 30% afirmaram que às vezes. A questão do planejamento é um dos fatores mais relatados, pois sentem que a maioria das decisões são tomadas sem a participação deles.

Em se tratando da divulgação junto aos usuários dos serviços quanto às atividades e ações prestadas pela coordenadoria, 36% dos pesquisados afirmaram que isso ocorre frequentemente e apenas 12% afirmaram que isso acontece raramente. Em relação à disponibilização de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem e terem atendidas as suas reclamações, sugestões e solicitações, para 27% dos servidores isso ocorre frequentemente, ao passo que para 27% isso ocorre às vezes e para 18% isso ocorre raramente. Sobre a pesquisa de satisfação com usuários e se a coordenadoria utiliza os resultados da mesma nas tomadas de decisão, 39% informaram que isso nunca ocorreu, 36% que isso ocorre às vezes e 15% que isso ocorre raramente. Esses dados demonstraram que a comunicação entre a equipe do SIASS/UFC e os usuários dos serviços é um fator que precisa ser repensado pela gestão.

No bloco IV do questionário, foi realizada a avaliação do Contexto de Trabalho, por meio da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT). Esta compreende três dimensões: Organização do Trabalho, Relações Socioprofissionais e Condições de Trabalho. Conforme Mendes e Ferreira (2008, p. 6), na interpretação dos resultados devem ser observados os seguintes parâmetros: Satisfatório (1,00 a 2,30); Crítico (2,30 a 3,70); e Grave (3,70 a 5,00). Os resultados são explicitados conforme Tabela 13, que traz a média geral por fator. Nas Tabelas 14, 15 e 16, são apresentadas as médias de cada item correspondente à Organização do Trabalho, às Relações Socioprofissionais e às Condições de Trabalho.

Tabela 13 - Média por fator da ECT (n=33)

Fator	Média	Avaliação
Organização do trabalho	2,7	Crítico
Relações Socioprofissionais	2,2	Satisfatório
Condições de trabalho	2,6	Crítico

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Tabela 14 – Média e avaliação dos itens do fator Organização do Trabalho (n = 33)

Item	Média	Avaliação
O ritmo de trabalho é excessivo	2,8	Crítico
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	2,6	Crítico
Existe forte cobrança por resultados	2,5	Crítico
As normas para execução das tarefas são rígidas	2,6	Crítico
Existe fiscalização do desempenho	3,2	Crítico
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	3,2	Crítico
Os resultados esperados estão fora da realidade	2,2	Satisfatório
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	3,0	Crítico
As tarefas são repetitivas	3,3	Crítico
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	2,2	Satisfatório
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	2,3	Crítico

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Tabela 15 – Média e avaliação dos itens do fator Relações Socioprofissionais (n =33)

Item	Média	Avaliação
As tarefas não estão claramente definidas	2,2	Satisfatório
A autonomia é inexistente	2,2	Satisfatório
A distribuição das tarefas é injusta	1,9	Satisfatório
Os funcionários são excluídos das decisões	2,9	Crítico
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	2,3	Crítico
Existem disputas profissionais no local de trabalho	1,9	Satisfatório
Falta integração no ambiente de trabalho	2,1	Satisfatório
A comunicação entre funcionários é insatisfatória	2,3	Crítico
Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	2,2	Satisfatório
As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	2,3	Crítico

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Tabela 16 – Média e avaliação dos itens do fator Condições de Trabalho (n = 33)

Item	Média	Avaliação
As condições de trabalho são precárias	2,5	Crítico
O ambiente físico é desconfortável	2,3	Crítico
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	2,8	Crítico
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	2,5	Crítico
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	2,6	Crítico
O posto/estação de trabalho é inadequado para realização das tarefas	2,6	Crítico
Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários	2,5	Crítico
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	2,6	Crítico
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	2,8	Crítico
O material de consumo é insuficiente	2,8	Crítico

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

O resultado CRÍTICO, segundo Mendes e Ferreira (2008, p.6), “significa mediano indicador de situação limite, potencializando o mal-estar no trabalho e risco de adoecimento. Sinaliza estado de alerta, requerendo providências imediatas a curto e médio prazo”. O fator organização do trabalho apresentou o pior resultado. Nele se fazem presentes questões associadas ao ritmo de trabalho, à pressão para cumprir tarefas no que diz respeito aos prazos, ao nível dos resultados demandados e ao cumprimento de normas impostas para sua execução, à cadência do trabalho, à separação entre as funções de gerenciamento e execução, à vigilância em relação ao desempenho dos trabalhadores, entre outros. Assim, analisando os resultados da Tabela 13, considera-se que este fator deve ser foco de atenção da gestão da instituição como pista para futuras mudanças.

No fator Relações Socioprofissionais, o resultado foi SATISFATÓRIO, considerado “positivo e produtor de bem-estar no trabalho”, “aspecto a ser mantido e consolidado no ambiente organizacional” (Mendes e Ferreira, 2008, p.6). Entretanto, deve ser levado em consideração que alguns itens desse fator teve avaliação crítica, como os itens “os funcionários são excluídos das decisões”, “existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados”, “a comunicação entre funcionários é insatisfatória” e “as informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso”.

Já o fator Condições de Trabalho apresentou resultado CRÍTICO, que precisa ser analisado pela instituição para alguma intervenção.

Pontua-se que nenhum fator ou item teve resultado GRAVE. Este diagnóstico, segundo o mesmo autor, pode contribuir como uma ferramenta de gestão para “simplificar” a complexidade que envolve o Contexto de Trabalho no intuito de produzir um diagnóstico organizacional.

#### **4.5 O olhar da gestão responsável pela PASS na UFC**

Os gestores entrevistados foram os que estão à frente dos eixos da PASS — assistência, perícia, promoção e vigilância à saúde. No total, foram seis gestores entrevistados de um quadro de sete. Esses entrevistados possuem idade entre 25 e 58 anos, a metade deles tem mais de 20 anos de instituição e a outra metade até cinco anos. Com relação à atuação e experiência na área atual, esse tempo varia entre dois e catorze anos.

No tocante à formação acadêmica, todos possuem nível superior completo, a saber: Administração, Economia, Engenharia Civil, Serviço Social, História, Engenharia de Segurança no Trabalho. Todos os gestores possuem especialização, um mestrado e dois doutorados.

Dos entrevistados, três informaram ter participado de seminário ou formação sobre a PASS, ao passo que os outros três disseram nunca ter participado de nenhum tipo treinamento ou formação, como explicita o Sujeito 1, um dos entrevistados:

Não, a instituição nunca promoveu, [...] não tem uma política para isso, então nunca tive treinamento e nunca se discutiu isso. Apenas a gente acha que essas atividades estão beneficiando o servidor e fazemos. Não existe nenhuma preparação para isso, não. É até intuitivo. (informação verbal)

Entre as principais atividades descritas pelos gestores, encontram-se o planejamento com a equipe de trabalho, a elaboração de documentos técnicos, a coordenação de projetos, as visitas institucionais, o acompanhamento de processos de licitação e de atividades do setor, o acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos setores da coordenadoria, a realização de diagnóstico sobre a situação de saúde e segurança dos servidores da UFC, o controle de benefícios concedidos aos servidores e o gerenciamento da equipe de trabalho.

Durante as entrevistas, os gestores foram indagados se existe algum programa desenvolvido pela UFC voltado à saúde do servidor. Foram citados alguns programas e projetos sobre o qual tinham conhecimento, como o projeto de prevenção ao álcool e drogas, o de valorização do aposentado, de preparação para a aposentadoria e o de acompanhamento psicossocial. Vale ressaltar que um dos gestores não visualizou os serviços prestados pelo seu setor como sendo parte da PASS, outro gestor informou não conhecer nenhum serviço ou projeto voltado para este fim e um outro disse que o que está se destacando atualmente é a parte que trata da segurança no trabalho, já que antes não havia nenhuma ação voltada para essa problemática.

Os gestores foram questionados sobre como avaliavam a PASS no âmbito da UFC. As falas foram muito parecidas em relação à PASS. Eles afirmaram que, por ser recente, a política ainda é tímida, mas está bem estruturada em termos de normas. Relataram também que não existe muito interesse da gestão superior por ela, pois o foco da política é privilegiar a perícia em saúde em detrimento de ações de promoção e prevenção. Um dos gestores, Sujeito 2, respondeu da seguinte forma:

Eu acho que ela ainda está engatinhando há muito tempo e eu não vislumbro assim um horizonte de que ela vá se levantar, para sair do [estado de] engatinhando e se levantar. Eu estou sendo muito sincero, porque acho que o Governo Federal não dá os subsídios necessários. Não é questão nem de dinheiro, mas, por exemplo, essa questão desse sistema... A gente foi discutir isso no início de 2013... Esse sistema não existe para as questões mais especificamente do meu setor. Nessas questões não existe nem capacitação, porque... Claro que a gente já entra no serviço público selecionados via concurso, [é como se pensássemos] 'ah... somos os melhores', mas não necessariamente a gente tem a visão do serviço público, não tem a visão das leis, das normativas, tudo isso aí, todas as peculiaridades eram para ser estudadas de forma mais específica. [...] Tudo isso a gente vai aprendendo muito na doida. [...] Se a gente já tivesse um treinamento específico antes, com alguém que já tivesse realizado isso de outra universidade, tivesse passado por todos os problemas que estamos passando, não adianta nada. Eu teria que passar dois meses em uma universidade fazendo brainstorming lá, para ter noção do que estava acertando e do que estava errando. Então a gente vai aprendendo muito na 'peia', vai errando muito e errar muito aqui pode significar muita coisa. (informação verbal)

Também foi perguntado como avaliavam a articulação entre os eixos da PASS desenvolvidos pelas duas coordenadorias. Boa parte dos gestores afirmaram que essa articulação ainda é incipiente e que isso poderia dificultar a efetividade da PASS na instituição. As palavras do entrevistado, Sujeito 3:

Não tem articulação, não existe um trabalho multidisciplinar no sentido real da coisa. Existe uma perícia que atua, que, quando precisa de um laudo, manda um processo pra cá. [...] Eu sou muito crítica. Eu acho que o impacto para nossas ações para o público da universidade é insignificante, porque eu acho que o número de

peças é muito pouco. [...] Mas para que a gente tivesse realmente... Precisa de uma equipe maior, precisa que essa articulação fosse realmente efetiva. Se tivesse essa articulação de forma efetiva, a gente conseguiria quebrar essas barreiras. Eu acho que a gente ia fazer um trabalho realmente de impacto com metas, avaliando o trabalho, coisa que atualmente — sou muito crítica — não existe. (informação verbal).

#### As palavras do Sujeito 2:

Eu acho muito desvinculado, assim, até porque, veja só, eu não vejo nada da política do SIASS implementada do jeito que ela foi pensada. Por isso que eu também não vejo essa conexão. Por exemplo, o vínculo entre o setor DESMT e a CPASE poderia passar dos adocamentos ocupacionais, só que a gente não tem um mapeamento de riscos, não tem exame periódico pra detectar isso. Por exemplo, um acidente de trabalho: às vezes, o acidente vem pra gente, só que antes tem que passar por lá primeiro e a gente nunca sentou para dizer assim: “Pronto. Acidente de trabalho vai ser tratado dessa forma aqui, entendeu”. Então já é uma falta de conexão muito grande. (informação verbal).

Dentro do contexto de implantação da PASS, foi questionado qual dos eixos tinha mais avançado na instituição nos últimos quatro anos. Dois citaram que foi o eixo da promoção e vigilância à saúde, especialmente na questão da realização dos exames periódicos e produção de laudos de insalubridade, apesar das dificuldades, como relata o entrevistado, Sujeito 4:

O que foi mais trabalhado, até por uma necessidade nessa UFC, com 60 anos que a gente não teve melhorias estruturais, que a gente não teve mudanças nos atos de trabalho, o que mais se trabalhou aqui foi a engenharia de segurança e medicina no trabalho, porque aí vai a parte da prevenção e você tem, além disso, o efeito financeiro. [...] Como não fazia parte da política dentro da UFC, você não tinha orçamento pra isso. A única coisa que tem orçamento, que o governo federal trabalha, é a história dos exames periódicos, mas eu não posso realizar os exames médicos periódicos se eu não sei o que tem nos ambientes de trabalho, porque os exames, eles tem que se adequar aquela realidade do ambiente de cada profissional, então se eu não sei, como é que eu vou dizer qual o exame que o rapaz tem que fazer, que o servidor vai ter que fazer. Eu posso mandar fazer exames gerais, mas aí o cara trabalha, por exemplo, na rádio e precisa de uma audiometria. Nunca vou mandar fazer e saber se ele está ficando surdo, por exemplo, então, na verdade, você tem que, primeiro, conhecer o que você tem. Nos 60 anos de universidade, os laboratórios mudam, as substâncias mudam, tudo muda ali dentro, e se o laboratório permanecer o mesmo, não vai ter condição de estar absorvendo toda aquela nova realidade. E isso vai refletir em que? Vai refletir numa situação de insegurança do servidor. (informação verbal).

Outros gestores apontaram ser o eixo de perícia o que mais avançou, porque está mais em evidência, inclui maior número de servidores, tornando a equipe multiprofissional ampliada em relação aos outros eixos. Segue um trecho da entrevista com um dos entrevistados, Sujeito 3:

A perícia avançou porque é a que mais está em pauta, porque está ligada a questão salarial. Se tu adoce e não pega um atestado e não vai à perícia, tu vai ter o teu

salário descontado, então tu vai. É uma questão de garantir o teu salário no final do mês, por isso que ela tem muito atendimento, por isso que ela é mais procurada. Ela avançou nos termos de procura, até porque antes a perícia daqui, que era a divisão médico-odontológica, ela atendia os servidores dos campus sem o bloco hospitalar. A perícia do bloco hospitalar era feita lá no hospital. (informação verbal).

Durante a entrevista, foi perguntado sobre a participação dos servidores no processo saúde-doença, como previa a legislação. Foi mencionado pelos entrevistados que existe pouco interesse por parte dos representantes dos trabalhadores em relação à PASS. Somente quando envolve questões financeiras, como no caso da insalubridade, é que eles dão maior relevância. Eis a opinião de um dos entrevistados, Sujeito 1:

Eu acho que é mínimo o sindicato. Não está nem aí. O sindicato não tem uma participação e o trabalhador também não discute isso. Só discute quando a insalubridade é cortada. Ele não opina em relação ao trabalho. (informação verbal).

Agora a opinião de outro entrevistado, Sujeito 3:

Eu acho que o sindicato não conhece os trabalhadores, não conhece essa política. Eu acho que a gente faltou muito na questão da divulgação, [...] mas de uma forma geral as pessoas não tem ideia do que é a política e não conhece. A grande maioria do sindicato que tenha conhecimento, nunca participou. Até pode conhecer por nome, mas não tem ideia de como realmente ela é, porque, dos eixos da atual situação, eu acho que o sindicato nem sabe que a universidade é unidade de SIASS e que tá se desarticulando. (informação verbal).

Quanto às dificuldades apresentadas durante esses quatro anos de implantação da PASS na UFC, foi mencionado pelos gestores que um dos principais entraves tem relação com a gestão superior, pois a impressão que se tem é que ela ainda não abraçou a ideia do SIASS e da PASS. Um dos pontos mais abordados foi a questão da comunicação relativa à divulgação das informações sobre a PASS e o SIASS e como esta informação é repassada aos servidores. Um gestor citou que falta comprometimento e vontade, por parte dos servidores, em participar das ações em saúde. Por último, um deles citou a falta de um *software* para as questões de vigilância em saúde e concessão de insalubridade. É oportuno mencionar que a maioria deles não citou falta de recursos financeiros ou humanos, mas questões que estão atreladas aos problemas de gestão e organização do trabalho. É possível afirmar, então, que a gestão política da PASS é crucial para que ela tenha *status* de política pública e seja realmente efetiva na instituição.

Foi perguntado aos gestores quais deveriam ser as prioridades da instituição em relação à saúde dos servidores. A maioria afirmou que deveria ser o eixo de prevenção e vigilância em saúde. Segue a opinião de um dos entrevistados, Sujeito 3:

Eu acho que a gente tinha que partir dessa questão desses exames periódicos realizados e pegar os dados epidemiológicos que possam trazer e começar a pensar realmente uma política de promoção de saúde que possa ser mais efetiva e que possa produzir impacto realmente para os servidores da universidade. (informação verbal).

#### Agora a opinião do Sujeito 2:

A forma mais eficiente de você eliminar um risco, aliás, de você diminuir a exposição do trabalhador, é eliminar o risco certo, isso a gente chama de *medida de controle* em engenharia. A primeira coisa seria eliminar o risco, na minha análise. Precisaria de um preenchimento muito grande na parte estrutural da universidade, tanto nas questões de prevenção de incêndio, [porque] querendo ou não é uma forma de promover a saúde. Se acontecer alguma coisa, lá se vão algumas vidas. A melhora de estruturas dos prédios, de uma maneira geral. Tem muito prédio com infiltração, então um investimento em infraestrutura seria muito grande, trabalhando primeiro na eliminação dos riscos. Iria ser necessário um investimento, falando em dinheiro mesmo, muito grande. Então a prioridade deveria ser essa, você identificar os riscos e aí trabalhar catando verba pra poder melhorar os ambientes, porque só é depois disso é que se trabalha nas outras coisas. São medidas de caráter administrativo. Até a utilização dos próprios equipamentos de proteção individual. A primeira coisa a ser feita seria, pra que chegue em um ambiente de trabalho perfeito, trabalhar na melhoria dos ambientes de uma forma geral. Falo tanto de estrutura física como de quantidade de servidores. Melhoria de sistema, treinamento de software, [a falta de] tudo isso atrapalha na saúde, porque a gente vê, por exemplo, em ergonomia, porque quando se tem pouca gente fazendo aquele serviço alguém vai se sobrecarregar, pode adoecer. Se o ambiente de trabalho dele é escuro, ele pode ter problema de vista.... Problema de infraestrutura. Se o problema é... Se eu tenho que trabalhar demais, eu me estresso, estresso as pessoas que trabalham comigo, aí eu gero adoecimento, digamos assim, da equipe. Pode gerar várias coisas, assim como o próprio risco pode gerar isso. Eu trabalho num ambiente muito ruidoso, eu posso ter uma “pair”, que é uma perda auditiva induzida pelo ruído, aí isso gera catástrofes emocionais muito grandes. A pessoa não consegue mais se comunicar porque ela não escuta. Ele pode, inclusive, entrar em depressão, pode ter impotência sexual e várias outras coisas. Então tudo passa por melhorar o ambiente de trabalho nessas esferas de riscos ambientais, ergonômicos, etc. (informação verbal).

Um dos entrevistados, Sujeito 5, citou também a questão do plano de saúde, que precisaria ser melhor.

[...] A gente ainda não conseguiu prover um plano de saúde decente para o nosso pessoal, então a gente não tem condições mínimas de atendimento médico. Os exames médicos periódicos, a gente veio fazer ano passado, e estamos com problemas de continuidade com os problemas de contrato. Eu acho que a gente tem um menu, um cardápio de alternativas avançadas, mas quando você olha para o básico, nós temos pouco. Plano de saúde... O nosso é muito ruim. [...] Assim, o que a universidade pode fazer por isso... É difícil, porque saúde é muito cara. O governo federal, ele é o principal ator desse negócio e a gente fica esperando que ele tome iniciativa, então você vê por exemplo do auxílio-alimentação. É ridículo o que a gente recebe hoje. O auxílio-creche do aluno é muito maior do que o do servidor, não é? Tem coisas básicas que eu tenho dúvidas se a universidade tem condição de bancar sozinha. Acho difícil, mas eu não conheço a gestão financeira a fundo. Observando de longe, eu acho que a universidade não consegue se manter, não. (informação verbal).

Em seguida, os entrevistados responderam sobre quais são os desafios da PASS na UFC. Mais uma vez, a questão da gestão superior é percebida pelos gestores como algo importante para que a política consiga se consolidar na instituição, como aponta o Sujeito 3:

Eu acho que precisa que a gestão superior mude a maneira como ela olha a política. [Que] ela passe a perceber que a política é uma conquista do servidor, apesar de que essa política também tem outro lado: a questão da dificuldade na concessão dos benefícios. Mas eu acho que ela tem pontos muito positivos para o servidor. Eu acho [que] se a instituição tivesse outro olhar diferenciado... Porque o que a gente pode fazer aqui, a gente tá na ponta. É muito pouco pra mudar o quadro. Precisa de uma atitude política, principalmente da gestão superior. (informação verbal).

Outro gestor, Sujeito 5, percebe que o desafio não é a questão de recurso, mas a questão burocrática e a disponibilidade das pessoas em participar das atividades:

Se não é recurso, as principais são duas. A primeira é a dificuldade de contratar serviços, já que a gente não tem e nem deve porque o escopo é muito grande. [...] E outra é disponibilidade das pessoas, por incrível que pareça. Eu tenho a impressão, e diria que muita gente da universidade, se for colocada pra [escolher entre] participar de uma programa motivacional e lúdico ou ir pra casa, as pessoas vão preferir ir pra casa. Não são todas, é claro. Tem pessoas que ficam. (informação verbal).

Em referência à avaliação do papel do governo federal na condução da PASS, foi mencionado pelos gestores que no início da implantação, o governo teve papel mais efetivo. Entretanto, neste momento, a política parece que não conseguiu se estabelecer, devido provavelmente à falta de gestão política do governo federal na condução da PASS. Nas palavras do entrevistado, Sujeito 1:

Teve uma boa intenção e teve muitas mudanças quando foi implantada e mudou muito o sistema, mas falta uma cobrança maior das instituições que fazem parte. A UFC precisa ser cobrada em relação a isso, e ser mais claro o programa. Ou a própria instituição não percebeu ou o governo não percebeu. (informação verbal).

A opinião do Sujeito 2:

Eu acho que ele começou uma coisa muito bonita e agora não está mais nem aí. Em outras palavras, eu acho que ele começou uma coisa importantíssima, mas hoje as vontades políticas lá dentro não se alteram. Não estão dando mais o suporte que davam quando iniciou. Por exemplo, esses subsistemas que foram criados da perícia médica que, até onde eu sei, é um subsistema bom, porque você faz e se você quiser ser periciado aqui ou lá em Roraima você é. (informação verbal).

O Sujeito 4 opina assim: “Eu acho que ainda está muito deficiente. [...] A demanda é muito grande nas perícias”. (informação verbal). Agora a opinião do Sujeito 5:

Eu acho que são ações relativamente recentes no ciclo federal, às vezes a gente tem um olhar muito rigoroso [sobre] como ver. [...] Aí o que acontece... Um problema

seríssimo que é a descontinuidade do serviço. A descontinuidade ainda desmobiliza as pessoas. A gente já tem problema com mobilização, [então] um negócio desse aí... Pronto. Mas, enfim, é aquela coisa. [Tem de] recomeçar ali na frente. [...] O governo federal, ele está muito fraco nisso aí, eu acho. Eu até achei que, talvez passando esse primeiro momento, esse primeiro ano, talvez ano que vem a Dilma vá sinalizar com alguma coisa, mas ano passado praticamente não foi feito. A gente sempre comentava que era um ano político e tal. Esse ano, até agora, são quase seis meses de governo e nada. É tanto que no ministério, que ninguém se compromete com nada, porque não tem realmente aquele viés político que deveria ter como tinha antes, na época do Duvanier, [que] era da parte política — a parte técnica era [com] o Sergio Carneiro —, ainda não sugeriram pessoas para substituí-los naquele nível e eu acho que estava naquele jeito porque tinha um apoio governamental. De qualquer forma, tinha alguém por trás que estava em nível de governo de alto escalão, que estava dando suporte a gente. Só técnico sem o político não anda e o político sem o técnico também não anda. Eu acho que a gente perdeu os dois de uma só vez. Por isso que o negócio está dessa forma. (informação verbal).

Por último, foi perguntado aos gestores se existia canal de comunicação entre a gestão e os servidores. Boa parte disse que existe, contudo a questão da comunicação precisa ser melhor trabalhada pela instituição. Segue a opinião do Sujeito 4:

Existe. Por exemplo, nos exames periódicos, ele preenche um questionário falando o que ele está achando. Nas demais atividades... No apoio psicossocial... Sempre a avaliaçãozinha. Nos programas e projetos culturais também. A gente só não tem, e acho que também não cabe muito, no PPRA e PCSMO, até porque para ele ser fechado é preciso ter todo um diagnóstico do ambiente. (informação verbal).

A opinião do Sujeito 3, que fala da falta de apoio institucional:

Eu acho que não existe. Houve ano passado aquela nossa tentativa através da distribuição daquele manual, mas eu acho que isso é muito pouco. A gente poderia, mas fica até complicado. Como você vai divulgar uma política se a própria instituição está andando na contramão da política? Podia pegar aquelas meninas da conexão, sentar com elas... E elas são excelentes. [...] Não tem um apoio institucional, os gestores maiores estão andando na contramão. Eu acho que nem vale a pena. Eu acho melhor deixar como está e ver como vai ser a postura desse novo reitor. (informação verbal).

O Sujeito 6 aponta algumas iniciativas de comunicação adotadas:

Tem. Tem a página. A gente, logo que chegou, fez um folder para divulgar os benefícios, aí está sendo entregue agora, a cada posse que tem, esse folder explicando. Normalmente, vai alguma pessoa da coordenadoria. Antes ia do setor. (informação verbal).

O Sujeito 5 também aponta uma das iniciativas:

Tem o Conexão, e ele foi feito para isso. Agora não sei se ela sai semanalmente, [com] quatro matérias. Eu não sei quantas foram de qualidade de vida no trabalho, seria até bom fazer um estudo depois. Eu acho que ele está fazendo nove meses agora. (informação verbal).

Em resumo, a visão dos gestores entrevistados sobre a PASS pode influenciar diretamente na execução da política na instituição. Percebe-se que alguns deles têm uma visão global da política e acompanham a situação em nível nacional, já outros não têm muito conhecimento, talvez por falta de treinamento específico para tal fim. Outra questão que ficou evidente foi que a percepção dos gestores sobre a PASS é semelhante a dos servidores no sentido da efetividade na instituição e sobre o papel da gestão na condução da PASS.

## 5 CONCLUSÃO

Esse estudo teve como objetivo geral analisar a implementação da PASS no âmbito da UFC, através dos eixos de assistência, perícia, promoção e vigilância à saúde. Para concretizá-lo teve como objetivos específicos: o estudo da legislação da PASS no âmbito da UFC; o mapeamento das ações, programas e projetos desenvolvidos pela UFC; e, por último, a avaliação da implantação da PASS a partir da percepção dos trabalhadores responsáveis por tal.

Na pesquisa, participaram, de um universo de 77 sujeitos, 33 servidores, que responderam a um questionário, e seis gestores, que concederam entrevista — apenas um gestor não se disponibilizou para dar entrevista.

Atualmente, estão lotados nas duas coordenadorias — Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho (COQVT) e Coordenadoria de Perícia e Assistência ao Servidor e Estudante (CPASE) — 71 servidores. 40 deles estão lotados na CPASE e 31 na COQVT. Dos servidores lotados nessas duas coordenadorias que responderam ao questionário, por volta de 54% deles tem entre 18 e 40 anos e 61% são do gênero feminino. Por volta de 55% dos respondentes estão lotados na COQVT. Em relação ao tempo de instituição, 61% tem até cinco anos e 60% têm menos de cinco anos no setor de lotação. Esses dados mostram que a maioria dos servidores que estão lotados na COQVT e CPASE ingressou na instituição após 2011, ou seja, após o início da implantação da PASS na UFC.

Sobre o objetivo de estudo relacionado à legislação da PASS no âmbito da UFC, constatou-se que a UFC foi responsável pela primeira Unidade SIASS do Estado do Ceará, assistindo a 14 órgãos federais de 2011 a 2015, principalmente em relação ao eixo de Perícia em Saúde, sob responsabilidade da CPASE. Atualmente, está atendendo apenas a quatro órgãos do Acordo de Cooperação Técnica (ACT): a Superintendência Federal da Agricultura (SFA), a Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC), a Agência Nacional de Transportes Aquaviários (ANTAQ) e a Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT). Isso se deve ao fato da não renovação do ACT de 2011 pela UFC, uma vez que todos os acordos estavam suspensos pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ressalta-se que este ministério orientou as unidades do SIASS para que não houvesse descontinuidade do serviço prestado aos órgãos conveniados às unidades.

À luz do fortalecimento de uma política recente, esta situação representa retrocessos no que diz respeito à efetividade e à continuidade da PASS enquanto proposta de

uma política pública. Outrossim, é possível inferir que o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por meio da Secretaria de Recursos Humanos (SRH) e do Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor (DESAP), juntamente com todas as Unidades do SIASS, precisam estabelecer regras claras para a criação de suas unidades, definindo, por exemplo, composição, estrutura, autonomia, recursos humanos e financeiros.

Diante do contexto e dos resultados apresentados na presente pesquisa, essa questão se coloca como primordial para a efetivação da PASS, uma vez que são as unidades dos SIASS responsáveis por concretizá-la. É imprescindível que sejam repensadas as estratégias para dirimir todas essas divergências para que se possa reestruturar as unidades do SIASS com recursos humanos e financeiros e que elas possam ter mais autonomia enquanto órgãos responsáveis pela Política de Saúde do Servidor, tendo o governo federal como principal articulador e financiador.

Com relação ao objetivo de identificar as principais ações e projetos desenvolvidos pela Unidade SIASS de 2011 a 2014, especificamente no eixo de promoção e vigilância à saúde, sob responsabilidade da COQVT, foram identificadas diversas ações de saúde e projetos como a prestação de serviço de saúde — Massoterapia, Atendimento Psicológico e Atendimento psicossocial; a orientação e concessão de auxílio -transporte, auxílio-alimentação, auxílio pré-escolar e assistência à saúde suplementar; bem como a realização dos exames periódicos em saúde e a análise de insalubridade e periculosidade. Também são desenvolvidos os seguintes projetos: Projeto Elaborar: compreender e transformar o trabalho; Projeto de Prevenção e Acompanhamento dos Servidores com Problemas decorrentes do Uso/Abuso do Álcool e/ou Outras Drogas; Projeto de Valorização do Aposentado da UFC; Projeto de Preparação para a Aposentadoria da UFC; Projeto de Mediação de Conflitos no ambiente de trabalho; Blog Vida no Trabalho; Orquestra de Flautas; Dança de Salão; Quero Ver Teatro; Ioga; e Semana do Servidor Público Federal. Cabe ressaltar que esses projetos e ações são fundamentais para a promoção à saúde e qualidade de vida dos servidores.

O número de pessoas contempladas com essas ações e projetos ainda é pequeno em relação ao quadro de servidores tanto da UFC como também dos órgãos que compõe a Unidade SIASS. Destaca-se que o eixo de Promoção e Vigilância à Saúde é um dos mais importantes em termos de proteção à saúde e à segurança do servidor, o que deveria ser a principal prioridade das Unidades do SIASS. Entretanto, o que se tem observado é que suas ações ainda são muito incipientes e com pouca abrangência. Na UFC, os dados demonstraram

que o número de servidores beneficiados ainda é pequeno e se concentram na capital. Além disso, não existe ainda avaliação para mensurar os impactos das ações na instituição.

Em referência ao eixo de perícia, sob responsabilidade da Coordenadoria de Perícia e Assistência à Saúde do Servidor (CPASE), observa-se duas atribuições distintas que precisam ser melhor analisadas pela instituição em termos de normatização, especificamente para o corpo discente. A equipe trabalha com dois públicos distintos: i) com os estudantes, para quem são prestados serviços de assistência e perícia e ii) com os servidores, para quem são destinados serviços somente de perícia. Em decorrência da sobrecarga do serviço, essa situação pode ter contribuído para que a Unidade SIASS tenha suspenso o serviço a outros órgãos do ACT 2011. Outra questão diz respeito aos próprios serviços prestados, que se resumem em homologação de atestados e realização de perícias, não havendo ações de prevenção e promoção a saúde em parceria com a COQVT.

No que concerne ao objetivo de avaliar a implantação da PASS a partir da percepção da equipe multiprofissional, entre servidores e gestores da COQVT e CPASE, os resultados demonstraram que a maioria ainda desconhece a legislação balizadora da política. Infere-se que esse resultado pode ser decorrente da falta de capacitação específica para este fim. A percepção sobre a PASS e sua implantação por meio da unidade SIASS da UFC permite afirmar que a política ainda não se consolidou na UFC como política pública. Outros resultados apontaram que a equipe multiprofissional precisa estar melhor interligada para qualificar o planejamento das ações de saúde, segurança e qualidade de vida. Essa questão precisa ser trabalhada pela gestão superior, pois os resultados apontaram a falta integração e planejamento entre as duas coordenadorias, o que pode estar contribuindo para que a PASS seja percebida pela equipe multiprofissional como pouco eficaz. Outra situação que precisa ser repensada pela gestão superior é a distância física entre as duas coordenadorias, que ficam em prédios separados, dificultado o trabalho em equipe, a análise dos dados e o planejamento das ações.

Os resultados da avaliação do Contexto de Trabalho por meio da EACT demonstraram que diversos elementos da Organização e das Condições de Trabalho precisam ser transformados para melhorar a qualidade de vida no trabalho dos servidores das duas coordenadorias, bem como os serviços prestados.

Realizando uma análise do discurso dos gestores a partir das respostas do questionário aplicado aos servidores técnicos sobre o planejamento das atividades nas duas coordenadorias e o trabalho em equipe, fica evidente que o planejamento é um ponto que

precisa ser melhor trabalhado pelos gestores. Apenas um dos gestores informou que uma das atividades desenvolvidas por ele era realizar planejamento com a sua equipe.

Um outro gestor não soube avaliar a PASS na UFC, pois disse que não conhecia a política. Denota-se, então, que a falta de compreensão da PASS ocorre tanto com a equipe multiprofissional como também com a equipe de gestão. Nessa questão, é recomendável que a instituição promova capacitação e/ou grupos de trabalho para discutir e aprofundar o conhecimento sobre a legislação que baliza a PASS.

De modo geral, é possível afirmar que a gestão da PASS na UFC precisa criar espaços para construir com as duas coordenadorias o planejamento e a avaliação dos serviços em saúde da instituição. Nesse sentido, é possível inferir que a falta de um planejamento estratégico nessa área pode ser uma das principais razões para a percepção pela equipe de que a PASS é pouco efetiva na instituição. Questões como “segurança”, “absenteísmo”, “doenças e acidentes de trabalho”, “afastamentos” e “acompanhamento de saúde aos servidores” são temas que precisam constar na política de gestão de pessoas da instituição.

Outrossim, cabe esclarecer que a metodologia adotada na pesquisa privilegiou o olhar da equipe multiprofissional e da gestão em relação à implantação da PASS na UFC. Assim, considera-se que mais estudos são necessários para se analisar a efetividade da PASS na instituição, inclusive com a percepção, entre outras instâncias, dos usuários dos serviços e dos sindicatos. Por fim, aponta-se que os estudos realizados podem contribuir para futuras pesquisas sobre a PASS e o Sistema SIASS.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho**. São Paulo, SP: Cortez, 1995.

\_\_\_\_\_. R. **As novas formas de acumulação de capital e as formas contemporâneas de estranhamento (alienação)**. Caderno CRH, Salvador/Ba, n. 37, p. 23-45, 2002. Disponível em <http://www.cadernocrh.ufba.br>. Acesso em 10/08/2015.

ANDRADE, E. T. **O processo de implementação da política de atenção à saúde do trabalhador em instituições públicas federais: o desafio da integralidade**. 2009. 128 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível [www.arca.fiocruz.br/bitstream](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream). Acesso em: 05/05/2015.

ALBORNOZ, S. **O que é o trabalho?** 2ªed. São Paulo. Editora Brasiliense, 1999.

ASSUNÇÃO, A. **Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 1005 - 1018 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413>. Acesso em 10/03/2015.

BATISTELLA, C. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde** In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao\\_profissional\\_docencia\\_saude\\_v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_profissional_docencia_saude_v1.pdf). Acesso em 12/04/2015

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). acesso em 30/10/2014.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009. **Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 abr. 2009. Disponível [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm). Acesso em 28/10/2014

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. **Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST**. Brasília, DF, 08 nov. 2011. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm). Acesso em 25/10/2015

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em 30/01/2015

\_\_\_\_\_. Lei nº 8112, de 11 de dezembro de 1990. **Dispõe Sobre O Regime Jurídico dos Servidores Públicos Cíveis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8112cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8112cons.htm). Acesso em: 30 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Relatório final da Conferência Nacional de Recursos Humanos da Administração Pública Federal – 2009: A democratização das relações de trabalho: Um novo olhar sobre a política de gestão de pessoas da Administração Pública Federal.** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Recursos Humanos. Brasília: MP, 2009. Disponível <http://docplayer.com.br/6437160-Relatorio-final-da-conferencia-nacional-de-recursos-humanos-da-administracao-publica-federal-2009.html>. Acesso em 12/12/2014

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal.** Brasília, 2010. Disponível em: <<https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/consultaPublica/loginCidadao.xhtml>>. Acesso em: 20/03/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal: uma construção coletiva.** Brasília, DF. 2008. Disponível em [http://www.uff.br/sites/default/files/servicos/legislacao/politica\\_de\\_aten\\_o\\_siass.pdf](http://www.uff.br/sites/default/files/servicos/legislacao/politica_de_aten_o_siass.pdf). Acesso em 30/01/2015

\_\_\_\_\_. Portaria Normativa nº 3, de 07 de maio de 2010. **Estabelece Orientações Básicas Sobre A Norma Operacional de Saúde do Servidor -Noss Aos órgãos e Entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - Sipec, Com O Objetivo de Definir Diretrizes Gerais Para Implementação das Ações de Vigilância Aos Ambientes e Processos de Trabalho e Promoção à Saúde do Servidor.** Disponível em: <[file:///C:/Users/Everardo/Downloads/PORTARIA NORMATIVA 3 - 2010. pdf](file:///C:/Users/Everardo/Downloads/PORTARIA%20NORMATIVA%203%20-%202010.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria Normativa MPOG Nº 03 de 25 de Março de 2013.** Diário Oficial da União. Publicada em 27 de março de 2013. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC.

BRAVO, S. I. M. **Política de Saúde no Brasil** In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros>. Acesso em 19/03/2015

CALAINHO, B. D. **Jesuítas e Medicina no Brasil Colonial.** Tempo. Rio de Janeiro, nº 19. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tem/v10n19/v10n19a05.pdf>. Acesso em 20/04/2015

COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA F., N. de. **Parte II - Cultura e subjetividade: os sentidos da saúde:** Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/d5t55/08>>. Acesso em: 20 out. 2014

CAREGNATO, A. C. R.; MUTTI, R. **Pesquisa Qualitativa: Análise De Discurso Versus Análise De Conteúdo**. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>. Acesso em 20/06/2015

DEJOURS, C. **Por um novo conceito de saúde**. Revista brasileira de saúde ocupacional. São Paulo V14, n54, p.7-11,1986. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/61279749/Dejours-1986-POR-UM-NOVO-CONCEITO-DE-SAUDE#scribd>. Acesso em 20/03/2015

DOMINGOS, E. C. **Controle Interno na Gestão Pública: O Caso da Assistência à Saúde Suplementar do Servidor da UFC**. 2011. 102 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior (POLEDUC), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011. Disponível em: <[http://www.poleduc.ufc.br/?page\\_id=6](http://www.poleduc.ufc.br/?page_id=6)>. Acesso em: 10 maio 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GALVÃO, M.A.M. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colonial a 1930**. Cad Textos do Departamento de Ciências Médicas da Universidade Federal de Ouro Preto. 2007. Disponível em [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/origem\\_politicas\\_saude\\_publica\\_brasil.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf)

JUNIOR, R. B. J; NOGUEIRA, P.R. In: FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Disponível em <http://books.scielo.org>>. Acesso em 08/01/2015

JÚNIOR, A. P; CORDONI, J. L. **Políticas Públicas De Saúde No Brasil**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006. Disponível em [http://www.professores.uff.br/jorge/v8n1\\_artigo\\_3.pdf](http://www.professores.uff.br/jorge/v8n1_artigo_3.pdf). Acesso em 29/03/2015

FERREIRA, M. C. **Qualidade de vida no trabalho**. Uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores. 2 ed. Brasília: Paralelo, 2012.

\_\_\_\_\_. Crise e reforma do Estado: uma questão de 5 cidadania e valorização do servidor. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 120, n. 3, p.03-145, set. 1996. Quadrimestral. Disponível em: <<http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/394>>. Acesso em: 25 jun. 2015

LACAZ, F. A. de C. **O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n.4, 2007. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400003). Acesso em 10/05/2014.

\_\_\_\_\_. **Saúde dos Trabalhadores: cenários e desafios**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.12, supl.2, p.7-19, 1997. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v13s2/1360.pdf>. Acesso em 11/10/2014.

\_\_\_\_\_. **Saúde do trabalhador: vinte anos de história e trajetória.** In: CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR: “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”, 2005. Coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 72-78. Disponível em <http://www.saudeetrabalho.com.br/download/sus-20anos.pdf>. Acesso em 06/08/2014.

LESSA, S. **Mundo dos Homens: Trabalho e ser social.** 3a ed. - Instituto Lukács. São Paulo, 2012.

\_\_\_\_\_. Lucács: **Trabalho, Objetivação, Alienação.** Trans/Form/Ação. São Paulo, 1992. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/trans/v15/v15a02>. acesso em 30/04/2015.

LESSA, S.; TONET, I. **Introdução à filosofia de Marx.** 2a edição Editora Expressão Popular. São Paulo, 2011. Disponível em <http://sergiolessa.com/Livros2012/intrfilm Marx2ed.pdf>. Acesso em 13/09/2014.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica.** 7ed.- São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estatística geral e aplicada.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. **Contexto de Trabalho.** In: Mirlene Maria Siqueira. (Org.). Medidas de Comportamento Organizacional. Ferramentas de Diagnóstico e Gestão. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008, p.111-123. Disponível em <http://www.ergopublic.com.br/arquivos/1256235723.18-arquivo.pdf>. Acesso em 10/03/2014

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>. Acesso em 12/03/2014.

MINAYO, G.; LACAZ, F. A. de C. **Saúde do trabalhador: novas-velhas questões.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400002&script=sci_arttext). Acesso em 30/03/2014.

MINAYO, M. C. de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NUNES, D. E. **Sobre a história da saúde pública: ideais e autores.** Ciência & Saúde Coletiva. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7095.pdf>. Acesso em 19/02/2015.

PONCE, B. T. **O papel dos agentes de Recursos Humanos na intermediação entre os servidores e a unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS).** Dissertação (mestrado)-Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, São Paulo, 2014. Disponível em <http://www.fundacentro.gov.br/biblioteca/biblioteca>. Acesso em 17/04/2015.

RAMMINGER, T.; NARDI, C. H. **Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público.** Revista do Serviço Público Brasília, 2007. Disponível em <http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/171>. Acesso em 06/04/2015.

SANTOS, M. R. A. **O Ministério do Trabalho e Emprego e a Saúde e Segurança no Trabalho.** In Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores / organizadores: Ana Maria de Resende Chagas, Celso Amorim Salim, Luciana Mendes Santos Servo. – Brasília: Ipea, 2011. Disponível em [http://www.protecao.com.br/materias/download\\_livros/saude\\_e\\_seguranca\\_do\\_trabalho\\_no\\_brasil](http://www.protecao.com.br/materias/download_livros/saude_e_seguranca_do_trabalho_no_brasil). Acesso em 09/12/2014.

SCLIAR, Moacyr. **O Brasil e suas epidemias: Uma retrospectiva histórica realizada por Moacyr Scliar sobre o complicado e muitas vezes letal convívio dos brasileiros com suas doenças tropicais.** 2011. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/cultura/o-brasil-e-suas-epidemias>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Pró Reitoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho. **Relatório de atividades ano 2011.** Fortaleza, 2011.

\_\_\_\_\_. Pró Reitoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho. **Relatório de atividades ano 2012.** Fortaleza, 2012.

\_\_\_\_\_. Pró Reitoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho. **Relatório de atividades ano 2013.** Fortaleza, 2013.

\_\_\_\_\_. Pró Reitoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho. **Relatório de atividades ano 2014.** Fortaleza, 2014.

\_\_\_\_\_. Pró Reitoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho. **Indicadores de Gestão da Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho,** Fortaleza. 2014. 8 p.

\_\_\_\_\_. **Pró Reitoria de Gestão de Pessoas. Manual de Gestão de Pessoas. 2014.** Fortaleza, 2014.

\_\_\_\_\_. **Projeto de implantação da unidade de atenção à saúde do servidor da Universidade Federal do Ceará (UFC), junto ao subsistema integrado de atenção à saúde do servidor público federal – SIASS.** Fortaleza: SRH-UFC, 2011. 43 p.

ZANIN, F. da C. *et al.* **Política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público no Brasil.** *Universidade e Sociedade*, Paraná, n. 55, p.1-116, 2015. Semestral. Disponível em: <http://portal.andes.org.br/imprensa/publicacoes/imp-pub-1227849465.pdf>>. Acesso em: 05 /10/ 2015.

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO: POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E  
SEGURANÇA DO TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL PASS – NA  
UFC**

**Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público  
Federal PASS – NA UFC**

**QUESTIONÁRIO**

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) na UFC, através dos eixos de assistência, perícia, promoção e vigilância à saúde. Este estudo faz parte da Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, da Universidade Federal do Ceará cuja responsabilidade técnico-científica é da Aluna Andréia Serafim de Negreiros, sob orientação do professor Dr. Wagner Bandeira Andriola.

As informações prestadas por você terão caráter sigiloso e serão analisadas em conjunto, com as informações fornecidas por seus colegas.

Sua participação é fundamental!

**Bloco I: Perfil sócio-profissional**

**1. Idade** \_\_\_\_\_ em anos completos

**2. Gênero:** ( ) Masculino ( ) Feminino

**3. Renda familiar:**

- ( ) 0 a 1 salário mínimo  
( ) 2 a 3 salários mínimos  
( ) 3 a 5 salários mínimos  
( ) 5 a 7 salários mínimos  
( ) Mais 10 salários mínimos

**4. Escolaridade:**

- ( ) Fundamental ( ) Médio  
( ) Técnico ( ) Superior Incompleto  
( ) Superior completo ( ) Especialização  
( ) Mestrado ( ) Doutorado

**5. Cargo na instituição:**

- ( ) Perito - Médico (a)  
( ) Perito- Odontólogo (a)  
( ) Assistente Social (a)  
( ) Psicólogo (a)  
( ) Enfermeiro (a)  
( ) Engenheiro do Trabalho  
( ) Médico do Trabalho  
( ) Administrador (a)  
( ) Assistente em Administração (a)  
( ) Téc. Enfermagem  
( ) Téc. em Segurança do Trabalho  
( ) Aux. em administração  
( ) Outro: \_\_\_\_\_

**6. Tempo de trabalho na instituição ?**

- ( ) 0 a 5 anos  
( ) 6 a 10 anos  
( ) 11 a 15 anos  
( ) 16 a 20 anos  
( ) + 20 anos

**7. Tempo de trabalho no setor?**

- ( ) 0 a 5 anos  
( ) 6 a 10 anos  
( ) 11 a 15 anos  
( ) 16 a 20 anos  
( ) + 20 anos

**8. Lotação:**

- ( ) Coordenadoria de Perícia e Assistência ao Servidor  
( ) Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho  
( ) Outro: \_\_\_\_\_

**9. Descreva suas principais atividades**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Bloco II: Avaliação Geral da PASS na UFC

*\*Essas questões dizem respeito ao conjunto da legislação que formam a PASS.*

1. Você conhece as diretrizes da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal?

1. ( ) Conheço
2. ( ) Não conheço
3. ( ) Conheço parcialmente
4. ( ) Conheço muito bem

Cite pelo menos duas dessas diretrizes.

2. Você já participou de algum evento como seminário, fórum, encontro etc sobre a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal?

1. ( ) sim 2. Não ( )

**Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz da PASS na UFC**

1	2	3	4	5
Nada eficaz	Pouco eficaz	Eficaz	Muito eficaz	Extremamente eficaz
3. Você considera que a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal na UFC é? *				
4. Como você avalia a gestão da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal no âmbito da UFC? *				
5. Como você avalia o papel do governo federal para efetivação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal na esfera da UFC? *				

6. De modo geral como você avalia a implantação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal no âmbito da UFC? \*

1. ( ) Péssima 2. ( ) Ruim 3. ( ) Razoável 4. ( ) ótima 5. ( ) Excelente

**Justifique sua resposta:**

---



---



---



---

### Bloco III: Avaliação da Coordenadoria na qual você atua.

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à *avaliação* que você faz da Coordenadoria na qual você atua.

1	2	3	4	5
7. Como você avalia a Coordenação responsável pelos serviços da PASS?				
8. Como você avalia a articulação entre as diferentes Coordenadorias em relação aos eixos da PASS?				

#### Esclareça sua Resposta

---



---



---

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

9. Você participou de algum treinamento específico para desenvolver suas atividades na sua lotação atual?	
10. Existe planejamento do trabalho e das diretrizes da PASS de forma participativa na sua Coordenadoria?	
11. A equipe de trabalho da sua Coordenadoria avalia periódica e sistematicamente as atividades e ações planejadas da PASS?	
12. Existe periodicamente capacitação na área em que você atua promovido pela instituição?	
13. A sua Coordenadoria divulga aos usuários os serviços/ atividades e ações?	
14. Sua Coordenadoria disponibiliza canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem e terem atendidas as suas reclamações, sugestões e solicitações?	
15. Sua Coordenadoria realiza periodicamente pesquisa de satisfação com usuários e utiliza estes resultados nas tomadas de decisão?	

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS GESTORES

### Roteiro de entrevista para os gestores

#### Dados gerais

Sexo, idade, cargo ocupado, área(s) de formação, tempo na instituição.

1. Há quanto tempo trabalha nessa área?
2. Quais as atividades são desenvolvidas por você como gestor?
3. Participou de capacitação ou evento sobre tema saúde do trabalhador?
4. Como se dá o planejamento das atividades no seu setor?
5. Como você avalia A Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) no âmbito da UFC?
6. Você conhece /existe algum programa institucional voltado à saúde do servidor? Qual(is)?
7. Como você avalia a articulação entre os três eixos da política na UFC?
8. Quais os eixos da PASS mais avançaram na UFC?
9. Existe participação dos trabalhadores (sindicatos) no acompanhamento das ações?
10. Quais as principais dificuldades em relação a PASS na UFC?
11. Quais os principais desafios para consolidação da PASS na UFC?
12. Quais as prioridades da UFC em relação à saúde dos servidores?
13. Existe orçamento para PASS na UFC?
14. Como você avalia o papel do governo federal na condução da PASS?
15. Existe veículo de divulgação e comunicação entre os servidores e gestores das instituições sobre a PASS?

## ANEXO A – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO

### ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DE TRABALHO

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à *avaliação* que você faz do seu *contexto de trabalho*.

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre
O ritmo de trabalho é excessivo				
1	2	3	4	5
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos				
1	2	3	4	5
Existe forte cobrança por resultados				
1	2	3	4	5
As normas para execução das tarefas são rígidas				
1	2	3	4	5
Existe fiscalização do desempenho				
1	2	3	4	5
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas				
1	2	3	4	5
Os resultados esperados estão fora da realidade				
1	2	3	4	5
Existe divisão entre quem planeja e quem executa				
1	2	3	4	5
As tarefas são repetitivas				
1	2	3	4	5
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho				
1	2	3	4	5
As tarefas executadas sofrem descontinuidade				
1	2	3	4	5
As tarefas não estão claramente definidas				
1	2	3	4	5
A autonomia é inexistente				
1	2	3	4	5
A distribuição das tarefas é injusta				
1	2	3	4	5
Os funcionários são excluídos das decisões				
1	2	3	4	5
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados				
1	2	3	4	5
Existem disputas profissionais no local de trabalho				
1	2	3	4	5
Falta integração no ambiente de trabalho				
1	2	3	4	5
A comunicação entre funcionários é insatisfatória				
1	2	3	4	5
Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional				
1	2	3	4	5
As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso				
1	2	3	4	5
As condições de trabalho são precárias				
1	2	3	4	5
O ambiente físico é desconfortável				
1	2	3	4	5
Existe muito barulho no ambiente de trabalho				
1	2	3	4	5
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado				
1	2	3	4	5
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas				
1	2	3	4	5
O posto/ estação de trabalho é inadequado para realização das tarefas				
1	2	3	4	5
Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários				
1	2	3	4	5
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado				
1	2	3	4	5
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas				
1	2	3	4	5
O material de consumo é insuficiente				
1	2	3	4	5

Fonte: MENDES; FERREIRA (2008)