



UNIFACS

UNIVERSIDADE SALVADOR

LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES*

MESTRADO EM DIREITO, GOVERNANÇA E POLÍTICAS PÚBLICAS

HILDETE DE JESUS ANDRADE

**SAÚDE E TRABALHO: REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA DE ATENÇÃO À
SAÚDE DO SERVIDOR**

Salvador
2019

HILDETE DE JESUS ANDRADE

**SAÚDE E TRABALHO: REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA DE ATENÇÃO À
SAÚDE DO SERVIDOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas da UNIFACS - Universidade Salvador – Laureate International Universities, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José Gileá de Souza.

Salvador
2019

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNIFACS
Universidade Salvador, Laureate Internacional Universities.

Andrade, Hildete de Jesus

Saúde e trabalho: reflexões sobre a política de atenção
à saúde do servidor. / Hildete de Jesus Andrade.- Salvador,
2019.

89 f. : il.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas da
UNIFACS Universidade Salvador – Laureate International
Universities, como requisito parcial para obtenção do título de
Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José Gileá de Souza.

1.Direito do trabalho. 2. Atenção à Saúde. 3. Segurança
do Trabalho. I. Souza, José Gileá de, orient. II. Título.

CDD: 341.6

TERMO DE APROVAÇÃO

HILDETE DE JESUS ANDRADE

SAÚDE E TRABALHO: REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR

Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas (MDGPP) da UNIFACS – Universidade Salvador – Laureate International Universities, como requisito parcial para obtenção do título de mestre e aprovada pela seguinte banca examinadora:

José Gileá de Souza – Orientador _____
Doutor em Desenvolvimento Regional e Urbano pela Universidade Salvador,
UNIFACS
UNIFACS - Universidade Salvador – Laureate International Universities

Gustavo Nunes de Oliveira Costa _____
Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, UFBA
UNIFACS - Universidade Salvador – Laureate International Universities

Franciane Andrade de Moraes _____
Doutora em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia, UFBA
IFBAIANO - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano

Salvador, 20 de setembro de 2019

Em homenagem aos meus avós, paternos e maternos, cuja presença em minha vida foi exemplo de fé e humildade.

AGRADECIMENTOS

A conclusão desse trabalho é um momento que dedico a meu Deus, por vezes passamos por momentos muito difíceis que nos fazem questionar nossa capacidade de perseverar. Entretanto, hoje posso afirmar que me sinto feliz por ter confiado este desafio nas tuas mãos, e Tu me retribuístes enchendo meu coração de força, coragem para poder lutar, determinação para continuar e principalmente por ter me abençoado utilizando, como instrumento de sua graça, pessoas que muito contribuíram para que eu pudesse chegar até esse momento.

Essas pessoas que vos colocastes em meu caminho me ajudaram ao longo do percurso. Todas foram essenciais: encheram-me de força e ânimo e me ajudaram a resistir; a persistir.

Ao meu orientador, Professor Dr. José Gileá de Souza, que foi uma dessas pessoas, instrumentos do Senhor Deus, que com muita leveza e paciência me ofereceu grande apoio nessa jornada.

Os meus queridos pais, Sra. Carmen Lúcia e Sr. Paulo Cesar Andrade, os quais são a maior de todas as bênçãos de minha de vida e que de uma forma ou outra sempre estiveram ao meu lado para me apoiar e viabilizar meus sonhos. Vocês vieram preparando o meu caminho, desde que eu nasci e se sacrificaram, se dedicaram, abdicaram de tempo e de muitos projetos pessoais para que eu tivesse a oportunidade de estudar e de ter uma boa formação profissional e, também, pessoal. Eu devo tudo que sou a vocês, porque sei que vocês vieram segurando a minha mão, mesmo quando, por teimosia ou desespero, eu pedia para que soltassem.

Ao meu esposo, Silmar Medeiros, pois sei que foi por amor, que você aceitou meus momentos de ausência quando a batalha me exigia dedicação; compartilhou das minhas preocupações e dos meus medos, incentivando-me a seguir mesmo quando meus ideais pareciam distantes e inatingíveis; chorou e sorriu comigo; manteve-me seguro quando o chão parecia fugir aos meus pés e seguiu ao meu lado aceitando viver comigo meu sonho. Ao meu Irmão Hedler Andrade, Deus me deu a honra de ser aperfeiçoada através de você, para honra Dele! Sei que durante a minha caminhada nessa vida precisarei de você, mas espero, também, poder contribuir com a realização de seus objetivos.

Senhor ensina-nos a orar, sem esquecer o trabalho.

A dar, sem olhar a quem.

A servir, sem perguntar até quando...

A sofrer, sem magoar, seja quem for.

A progredir, sem perder a simplicidade.

A semear o bem, sem pensar nos resultados...

A desculpar, sem condições.

A marchar para frente, sem contar os obstáculos.

A ver sem malícia...

A escutar, sem corromper os assuntos.

A falar, sem ferir.

A compreender o próximo, sem exigir entendimento...

A respeitar os semelhantes, sem reclamar consideração.

A dar o melhor de nós, além da execução do próprio dever, sem cobrar taxas de reconhecimento...

Senhor fortalece em nós, a paciência para com as dificuldades dos outros, assim como precisamos da paciência dos outros, para com as nossas próprias dificuldades...

Ajuda-nos para que a ninguém façamos aquilo que não desejamos para nós...

Auxilia-nos, sobretudo, a reconhecer que a nossa felicidade mais alta será, invariavelmente, aquela de cumprir seus desígnios onde e como queiros, hoje, agora e sempre.

Autor: Emmanuel

Psicografia de Francisco Cândido Xavier. Livro: A Luz da Oração

RESUMO

Com intuito de motivar e aumentar a produtividade do servidor público federal, o Governo Federal, por meio do antigo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, empreendeu esforços para construir e implantar uma Política, compartilhada e planejada, de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal. Após as fases de agenda decisória e formulação, as políticas são implementadas por sujeitos. A partir da premissa que o ser humano é concebido como: ativo; social; e histórico e que o comportamento se dá na relação do homem com o mundo sociocultural, é possível afirmar que o homem em sua organização subjetiva está comprometido com outros espaços, numa relação processual de infinitas alternativas e implicações para si. Isto posto, considerando que os sujeitos executores da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) se encontram inseridos em uma teia de relações humanas e laborais dos espaços políticos e sociais em que se encontram, esse estudo refletirá como as percepções desses sujeitos interferem na forma de executar a PASS. O objetivo geral dessa dissertação foi caracterizar o trabalho dos atores da equipe multidisciplinar de saúde do Sistema Integrado de Atenção à Saúde Do Servidor (SIASS) explorando seu impacto na execução da PASS buscando identificar e descrever as práticas dos profissionais das equipes de saúde do SIASS, avaliando a congruência entre essas e os eixos da política de atenção à saúde do servidor e explorando os aspectos facilitadores e dificultadores de implementação da PASS na percepção dos atores executores da política.

Palavras Chave: Política. Atenção à Saúde. Segurança do Trabalho. Servidor Público Federal.

ABSTRACT

In order to motivate and increase the productivity of the federal civil servant, the Federal Government, through the former Ministry of Planning, Development and Management, has made efforts to build and implement a shared and planned policy for occupational health and workplace safety from the federal public servant. After the decision-making and formulation phases, policies are implemented by actors. From the premise that the human being is conceived as: active; social; and historical and that behavior occurs in the relationship between man and the sociocultural world, it's possible to affirm that the man in his subjective organization is committed to other spaces, in a procedural relationship of infinite alternatives and implications for himself. That said, considering that the executing subjects of the Federal Public Servant's Occupational Health and Workplace Safety Policy (PASS) are inserted in a weft of human and labor relations of the political and social spaces in which they are, this study will reflect how These subjects' perceptions interfere with the way they perform PASS. The general objective of this dissertation was to characterize the work of the actors of the SIASS multidisciplinary health team, exploring its impact on the execution of the PASS, seeking to identify and describe the practices of team professionals of SIASS, evaluating the congruence between these and the axes of the server's health care policy and exploring the facilitating and hindering aspects of PASS implementation in the perception of the policy executing actors.

Keywords: Policy. Health Attention. Workplace Safety. Federal Public Servant's.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Legislação referente a promoção de saúde do servidor	49
Figura 2 - Esquemas de pesquisa interpretativa	51
Figura 3 - Relação de entrevistados cargos.....	54
Figura 4 - Unidade SIASS única: proposta de reformulação	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Publicações que consolidam a QVT como eficaz instrumento de motivação e produtividade	34
Quadro 2 - Colaborações das ciências para teorias e aplicações de QVT	42
Quadro 3 - Concepções evolutivas do QVT	45
Quadro 4 - Tempo médio de atuação na PASS	55
Quadro 5 - Órgãos federais que sediam unidades SIASS	56
Quadro 6 - Percepções sobre atuação na Política sobre a visão dos entrevistados.	64
Quadro 7 - distinções básicas entre as abordagens de QVT	74

LISTA DE ABREVIATURAS

APF	Administração Pública Federal.
CAP's	Caixas de Aposentadoria e Pensões.
CD	Cargo de Direção.
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde.
CGASS	Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor.
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública.
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde.
DAS	Direção de Assessoramento Superiores.
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública.
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva.
EPI	Equipamento de Proteção Individual.
FINEP	Financiadora de Estudos E Projetos.
FG	Função Gratificada.
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde.
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social.
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões.

LTCAT	Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho.
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social.
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
MEC	Ministério da Educação.
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência.
MPOG	Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão.
PASS	Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal.
PNSST	Política Nacional sobre a Saúde e Segurança do Trabalhador.
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho.
RJU	Regime Jurídico Único.
SciELO	Scientific Electronic Library Online.
SIASS	Sistema Integrado de Atenção à Saúde Do Servidor.
SISOSP	Sistema Integrado de Saúde do Servidor Público Federal .
SINPAS	Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social.
SNS	Sistema Nacional de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DO TRABALHADOR	20
2.1 POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR	20
2.2 NASCIMENTO E CONSOLIDAÇÃO DA MEDICINA PREVIDENCIÁRIA.....	21
3 SAÚDE E DEMOCRACIA.....	24
4 POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL	30
5 TRABALHO E SAÚDE	37
5.1 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: ORIGEM, EVOLUÇÃO E PERSPECTIVAS.....	40
5.2 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO PARA O SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL.....	46
5.2.1 Adoção da promoção de qualidade de vida no trabalho no setor público	46
5.2.2 Pressupostos legais à promoção à saúde do servidor público federal	47
6 MÉTODO.....	50
6.1 TIPO DE ESTUDO	50
6.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	55
7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	57
7.1 AVALIAÇÃO DA PASS: UM OBJETIVO A SER CONQUISTADO	57
7.2 IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DA CONGRUÊNCIA ENTRE AS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DO SIASS E OS EIXOS DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR	58
7.3 ASPECTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES DE IMPLEMENTAÇÃO DA PASS.....	66
7.3.1 Considerou-se como aspectos facilitadores da implementação da política	66
7.3.2 Considerou-se como aspectos dificultadores.....	67
7.4 UMA POLÍTICA EM BUSCA DA PLANIFICAÇÃO ENTRE OS ÓRGÃOS FEDERAIS	77

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	83

1 INTRODUÇÃO

É entendimento das publicações acadêmicas e dos princípios e diretrizes das políticas federais que tratam do cuidado às pessoas, que este deve ser prestado priorizando as múltiplas necessidades e integralidade da assistência e para tanto a melhor abordagem perpassa por práticas multiprofissionais e interdisciplinares em saúde (AMORETTI, 2005; BRASIL, 2004).

O interesse pelo tema dessa dissertação surgiu a partir da atuação profissional da autora na área de gestão de pessoas em um Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, especificamente como parte de uma equipe executora da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS). Observou-se que apesar do alto nível de envolvimento dos profissionais da equipe de trabalho, as ações de perícias eram priorizadas pela gestão em detrimento das ações de promoção e vigilância.

Logo, a investigação acadêmica desenhou-se como uma forma de, ao concluir o trabalho, contribuir com a formulação da PASS, que está em constante elaboração e reformulação pelo Governo Federal, elucidando o trabalho da equipe multidisciplinar de saúde do Sistema Integrado de Atenção à Saúde Do Servidor (SIASS) e como os contextos políticos e sociais interferem na concretização da solução dos problemas abordados pela PASS.

O Governo Federal, por meio do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, empreendeu esforços para construir e implantar, de forma compartilhada e planejada, uma PASS. Essa política é sustentada por um sistema de informação em saúde do servidor, rede de unidades e serviços, garantia de recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos e, principalmente, práticas multiprofissionais de atenção à saúde.

É importante realçar que apesar desse ministério não está descrito no artigo 19º da Lei Nº 13.844 /2019, que traz a atual a Estrutura Ministerial do Governo Federal, as ações voltadas a construção e implantação dessa Política continuaram a existir, pois as estruturas do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão passou a integrar um novo ministério chamado de Ministério da Economia e até o momento não foram positivadas nenhuma alteração.

O tema proposto, já traz consigo o problema fundamental que orientou a execução desta pesquisa, uma vez que os sujeitos executores da PASS se encontram inseridos histórica e socialmente, na trama complexa das relações humanas e laborais e esses contextos políticos e sociais dos espaços em que se encontram esses sujeitos executores da PASS interferem em suas percepções em relação a essa política e a forma de executá-la, questionasse se, após 10 anos de normatização dessa política, as práticas nas diferentes equipes de saúde do SIASS, estão planejadas como se propunha na formação da agenda?

Preliminarmente, a hipótese que se busca confirmar com esta dissertação é que mesmo a política estando em constante construção, ainda não foi possível vivenciar uma política planejada entre os órgãos federais, pois os servidores que executam a PASS estão subordinados a diferentes contextos políticos que pouco ou não se relacionam com a política e que interferem diferentemente nas práticas de cada um.

O objetivo geral dessa dissertação foi caracterizar o trabalho dos atores da equipe multidisciplinar de saúde do SIASS explorando seu impacto na execução da PASS. A busca por: identificar e descrever as práticas dos profissionais das equipes de saúde do SIASS; avaliar a congruência entre essas e os eixos da política de atenção à saúde do servidor e explorar os aspectos facilitadores e dificultadores de implementação da PASS na percepção dos atores executores da política, foram os objetivos específicos do estudo.

Para fundamentar o estudo dessa dissertação, inicialmente investigou-se como ocorriam às avaliações da PASS, para tanto utilizou como instrumento metodológico a pesquisa bibliográfica sobre o monitoramento da PASS nas Instituições Públicas Federais na qual a estratégia de busca foi delineada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde: *Lilacs*, *IBECs* e *SciELO* entre dezembro 2018 a março de 2019 e após uma pesquisa para descrever o a percepção dos pesquisadores atuais sobre a ferramenta metodológica escolhida na formação da agenda decisória da política, a promoção de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), para abordar o problema levantado na primeira fase, a de percepção e definição de problemas, realçando pretende-se, com a PASS garantir a motivação e aumento de produtividade do servidor público federal.

Após obter um desenho dessa realidade sobre a avaliação da PASS foi iniciada uma pesquisa de caráter qualitativo que usou como recurso entrevistar nove pessoas de equipes multiprofissionais de atenção à saúde, gestores de unidade SIASS e peritos. Todos os entrevistados eram servidores públicos de equipes distintas. A estratégia foi utilizada usando como premissa as afirmações de Fonseca (2002), que nos desvela que a ciência deixou de ser compreendida como uma atividade autônoma e regida por leis internas de racionalidade, e passou a ser entendida como uma atividade social, sujeita ao contexto em que era produzida, assim, as entrevistas forneceram as percepções desses servidores sobre a política de atenção à saúde do servidor.

É mister esclarecer que, o estudo qualitativo do tipo teoria fundamentada nos dados, contou com uma pesquisa de opinião com participantes não identificados e esse tipo de pesquisa não necessita ser registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP (BRASIL, 2016).

Para além, o estudo permitiu perceber, pelos discursos dos entrevistados, as diferentes atuações na execução da política e os desafios enfrentados. O embasamento da manifestação avaliativa se desdobrou na conclusão desse trabalho que contribui com uma proposta inicial de avaliação da política, na visão dos trabalhadores executores, Descrição da percepção dos membros da equipe executora do SIASS e da percepção destes trabalhadores sobre os pontos bem-sucedidos e limitações que são enfrentadas na implementação da política de atenção à saúde do servidor nas instituições públicas federais propõe de reformulação da PASS.

O estudo está apresentado em cinco capítulos. No primeiro capítulo, “Política Pública e Saúde do Trabalhador” foi apresentada a trajetória da assistência previdenciária e saúde do trabalhador e como essa política se desenvolveu para responder às demandas econômicas.

O segundo capítulo “Saúde e Democracia” apresentou a cronologia dos movimentos sociais e políticos que propunham a universalização das políticas públicas de atenção à saúde e serviços de saúde, que antes eram voltadas apenas para os trabalhadores. O capítulo conclui que o sucesso desse movimento social promoveu, mesmo sem intenção, um processo de negligenciação quanto à políticas pública de atenção à saúde do trabalhador.

O terceiro capítulo, “A Política Nacional de Saúde do Servidor Público Federal” traz uma revisão dos pressupostos que embasaram a preocupação com a saúde do trabalhador, descreve como esses pressupostos influenciaram a formação de agenda da política pública de atenção à saúde do servidor e como ocorreu as etapas do ciclo de política pública na PASS.

O quarto capítulo “Trabalho e saúde” identifica o embasamento epistemológico que da importância da qualidade de vida no trabalho e como esses estudos influenciaram o surgimento da PASS

O método de realização da pesquisa foi apresentado no sexto capítulo denominado “método”, o sétimo capítulo “Resultados e Discussões” traz a análise e interpretação dos dados e por fim, foi trazido as considerações finais.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DO TRABALHADOR

2.1 POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR

O Brasil do início do século XIX, também, foi marcado pela consolidação da segunda fase do seu desenvolvimento industrial. Nessa fase, muitos cafeicultores passaram a investir parte dos lucros, obtidos com a exportação do café, no estabelecimento de indústrias. As cidades de maior ocorrência da industrialização estavam no eixo São Paulo e Rio de Janeiro. Utilizavam mão de obra livre, o que fortalecia a formação de mercado consumidor, na maioria das vezes, imigrantes italianos (LOPES, 2008). Essa ocorrência construiu uma classe trabalhadora que começava a se articular em prol de estabelecimento de direitos comuns, dentre os quais destacam os pilares da saúde do trabalhador.

Pode-se iniciar a história dos movimentos social que propunham a construção de políticas na área de saúde do trabalhador e a seguridade social, considerando a relevância para essa pesquisa, em 1906, quando acontece o I Congresso Operário Brasileiro. Esse movimento manteve-se crescente e culminou com a Greve Geral de 1917, em São Paulo. Como desdobramento do movimento cita-se a primeira Lei do Acidente de Trabalho, em 1919 e a criação da primeira Caixa de Aposentadoria e Pecúlio que marca, historicamente, o início da Previdência Social (ROCHA, 1993).

As ações coletivas desse movimento opunham-se ao fato de, na época, apenas 50% das fábricas tinham médicos e o acesso ao atendimento era uma espécie de bonificação para os operários com “bom comportamento”. Os acidentes de trabalho eram encaminhados às Santas Casas de Misericórdia (ROCHA, 1993), evidencia-se que essas instituições eram de caráter filantrópico, logo os cuidados com a saúde do trabalhador não eram um direito, se caracterizavam como uma benevolência dos empregadores.

Conforme Arruda (2006) pontua que entre os anos 1917/1920 a ‘questão social’ passa a ter visibilidade no cenário político a partir das mobilizações operárias, que reivindicavam a necessidade de uma legislação específica para ordenar as relações de trabalho.

A partir de 1920, com a industrialização brasileira em processo de expansão e consolidação crescente, e ainda, com participação política desses trabalhadores que eram uma significativa parcela da população das cidades de maior relevância econômica do país, na época, ocorreu um aumento significativo e progressivo da demanda por atenção à saúde do trabalhador ligando indenização para acidentes de trabalhos e outras reivindicações, tais quais: a jornada de oito horas, semana de seis dias, construção de casas para operários, limitação da jornada de trabalho para mulheres e menores de quatorze anos, contratos coletivos em vez de contratos individuais, seguro obrigatório para os casos de doenças, pensão para velhice, fixação de salário-mínimo, reforma dos impostos públicos entre outros.

2.2 NASCIMENTO E CONSOLIDAÇÃO DA MEDICINA PREVIDENCIÁRIA

Em 1923, surgem as primeiras instituições de proteção social, as caixas de aposentadoria e pensões (CAPs), instituídas pela Lei Elói Chaves, cujo artigo 9º, parágrafo 1º, estabelecia o direito dos contribuintes “a socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família”. No mesmo artigo, o parágrafo 2º garantia o direito “a medicamentos obtidos por preço especial”. Esse modelo também incluía benefícios previdenciários e assistência médica e farmacêutica, extensiva aos familiares com intuito de compensar a ausência de oferta de serviços públicos de saúde desta época. Essas instituições previdenciárias passaram a criar serviços próprios para atenção à saúde de seus segurados (SILVA; SCHWARZER, 2002).

Nas décadas seguintes, o País foi tomado pela terceira fase de seu desenvolvimento industrial e, conseqüentemente, em 1930 o governo de Getúlio Vargas operou uma mudança decisiva no plano da política interna, adotando uma política industrializante, a substituição de mão de obra imigrante pela nacional. Vargas investiu intensamente na criação da infraestrutura industrial: indústria de base e energia (LOPES, 2008).

Durante a terceira fase do desenvolvimento industrial Brasileiro, Lopes (2008) descreve que se intensificou o processo de urbanização no Brasil. A população que antes era predominantemente rural passou por uma intensa migração para as cidades, principalmente São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do

Sul onde ocorriam a grande concentração espacial da indústria, para unir-se a nova classe trabalhadora, mais politizada. Assim, segundo Silva e Schwarzer (2002), o mercado de trabalho urbano adquiria maior densidade.

Nesse período, observavam-se grandes disparidades entre os benefícios previdenciários pagos pelos diversos institutos, já que cada qual possuía regras próprias, o que implicava num sistema fragmentado. Cada categoria profissional possuía níveis salariais diferenciados e, por essa razão, existiam padrões de proteção qualitativamente muito diferentes entre os grupos protegidos.

Segundo Rocha (1993), no governo de Getúlio Vargas, o Estado toma para si o papel de principal regulador das relações de trabalho. Em 1930 é criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, tendo como uma das atribuições, orientar e supervisionar a Previdência Social, incrementada pela criação dos institutos de seguridade social, organizados por categorias profissionais.

O recém-criado Ministério do Trabalho Indústria e Comércio unificou as CAPs que se tornaram Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). De caráter nacional, os IAPs passaram a ter participação direta do Estado, assim evidenciou-se a postura do Estado de assumir uma política de proteção social, como co-financiador e co-gestor, ainda que preservando a forma fragmentada de organização institucional (SILVA; SCHWARZER, 2002).

Em primeiro de maio de 1943, Getúlio Vargas promulgou a Consolidação das Leis do Trabalho, que trazia a regulamentação das relações individuais e coletivas do trabalho, e dezessete anos depois, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, que promoveu a uniformização dos benefícios, ou seja, padronizou o cardápio de serviços de saúde a que todos os segurados teriam direito, independentemente do instituto a que estivessem filiados. Como a uniformização dos benefícios não foi seguida da unificação dos institutos, nem significou a universalização da atenção à saúde para toda a população, o resultado foi um aumento da irracionalidade na prestação de serviços, ao mesmo tempo em que a população não previdenciária era mantida discriminada, não podendo ser atendida na rede da previdência, assim em 1966 foi aberto o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que originou um sistema previdenciário para todos os brasileiros que estivessem inseridos no mercado de trabalho. É importante evidenciar esse marco

histórico, pois até esse momento as políticas de saúde não eram universais, voltavam-se apenas aos trabalhadores contribuintes da previdência (PAIM, 2015).

Mais tarde, segundo Santos Jr. (2017), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) foi criado em 1974 com o objetivo de controlar os pagamentos ilegais frutos da corrupção e de serviços médicos fantasmas e garantir a saúde da população segurada. Sendo criada na mesma época a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e o INPS foram transformados no Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), onde a saúde e a previdência passaram a ser tratadas juntas.

Até a década de 1970, como é demonstrado, as políticas de saúde estavam quase que exclusivamente voltadas ao trabalhador e seus dependentes. Enquanto que a população não contributiva estava pouco assistida. Para entender a posterior fusão dessa assistência em um único sistema, será importante um retrocesso ao Brasil colonial.

3 SAÚDE E DEMOCRACIA

Antes da vinda da família Real para o Brasil o acesso à saúde era privilégio dos militares e as famílias mais abastarda que eram capazes de custear esse tipo de serviço, enquanto que os pobres dependiam exclusivamente da caridade das Santas Casas de Misericórdia. Com a chegada da corte portuguesa iniciou-se a implementação das políticas públicas de saúde no Brasil e os primeiros problemas a serem enfrentados foram a carência de profissionais e o medo da população em relação ao tratamento oferecido por esses profissionais. A ausência de uma assistência médica estruturada promovia a proliferação dos boticários, donos de botica, de farmácia, de um estabelecimento onde se preparam ou se vendem medicamentos (PAIM, 2015).

Segundo Viotti, (2012), nesta época a medicina era um tanto experimental no que se referia a tratamentos, remédios e suas dosagens, e muito primordial quanto aos procedimentos, suadouros de sabugueiro e quina, para as febres: cataplasmas contra as asmas e, para os loucos, o Hospício, na Praia Vermelha¹. Ademais a base dos anestésicos era herbal e, ou eram fracos, e o paciente vivenciava dor durante os tratamentos, ou, quando fortes, eles podiam levar o paciente a óbito, segundo a autora os tratamentos possuíam elementos mais mágicos ou supersticiosos do que “científicos”, portanto não é de se estranhar o receio da população de frequentar esses profissionais e preferirem curandeiros.

No início do século XIX, o comércio internacional, a imigração, o fluxo marítimo e a vida econômica e social eram frequentemente paralisadas pelas epidemias de febre amarela e varíola (HOCHMAN, 2011). Enfrentando essa dificuldade, o ano de 1808 é, considerando por HEES (2011), um marco na primeira fase de industrialização brasileira e para atender as emergentes necessidades da indústria de exportação brasileira, em dezembro de 1896 foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), pela Lei nº 429 e regulamentada pelo Decreto nº. 2.458, de 10 de fevereiro de 1897. Essa diretoria objetivava para dirigir os serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais; a fiscalização do exercício da medicina e farmácia; gerir estudos sobre doenças infectocontagiosas; organização de

¹O Hospício Pedro II, localizado na Chácara da Capela (Praia Vermelha) Rio de Janeiro em 1852, foi o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e o segundo da América Latina e devido a sua localização ficou conhecido como hospício da praia vermelha.

estatísticas demográfico-sanitárias; e o auxílio aos estados, mediante solicitação dos respectivos governos, em situações especiais como epidemias. Apenas alguns anos após a sua criação, a DGSP foi utilizada como uma estratégia de enfrentamento da presidência de Rodrigues Alves (1902-1906), devido um contexto de pressão diante do enorme obituário causado pelas epidemias, como as de febre amarela, peste bubônica e varíola, que ameaçavam constantemente a capital federal e os principais portos do país, desorganizavam a economia nacional baseada então no modelo agroexportador e manchavam a imagem da cidade e do Brasil (MORAIS, 2009).

Durante o século XIX as políticas de saúde atinham-se as funções de higienização e disciplinarização das cidades e seus habitantes, auxiliando na promoção da ordem e da moral frente a reorganização dos modos de se viver nas cidades (NUNES, 2000).

No início do século XX o problema não havia se dissipado e o Brasil de 1904 foi considerado foco endêmico de varíola com maior registro de óbitos na cidade do Rio de Janeiro (SEVCENKO, 1993). Por essa razão, segundo PAIM (2015) em 1903, quando Oswaldo Cruz foi nomeado como Diretor-geral do Departamento Federal de Saúde Pública, houve-se mais um avanço na construção das políticas públicas de saúde brasileira, através da implantação de medidas de desinfecção sanitária e de vacinação obrigatória. Na época o movimento desagradou à população, devido ao seu caráter impositivo, por ser ausente de transparência, e também, devido a políticos de oposição que deflagravam discursos inflamados contra o processo de imunização, gerando um movimento que ficou conhecido como a Revolta da Vacina (SEVCENKO, 1993).

Na primeira metade da década de 1910 iniciou-se uma transformação no processo de constituição de poder na área da saúde pública. Governos estaduais começaram a solicitar auxílio federal para debelar surtos de febre amarela e peste (HOCHMAN, 1998).

Em 1920, pelo Decreto nº 3.987, cria o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), segundo Hochman (1998) subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Esse departamento tinha como objetivo estruturar a reforma da saúde pública brasileira, de modo a ampliar a capacidade do governo federal de atuar no território nacional.

O DNSP substituiu e ampliou as atribuições e o alcance da DGSP incorporando os serviços de higiene defensiva no Distrito Federal (Decreto nº 1.151, de 5 de janeiro de 1904) – a polícia sanitária, a profilaxia geral e a higiene domiciliar. Foram também criados o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e o Regulamento Processual da Justiça Sanitária (HOCHMAN, 1998).

É importante destacar que a criação do DNSP foi resultado de um amplo movimento político de caráter nacionalista. Esse movimento reivindicava uma maior intervenção do governo federal em assuntos de saúde e saneamento devido ao quadro sanitário revelado pelos médicos do Instituto Oswaldo Cruz em expedições ao interior do Brasil das quais se destacaram as realizadas por Artur Neiva e Belisário Pena em 1912. Em discurso proferido de 11 de outubro de 1916 no Rio de Janeiro, Miguel Pereira proclamou a frase que se caracterizou como marco fundador desse movimento “o Brasil é ainda um imenso hospital” (HOCHMAN, 2009).

Como visto, a partir da década de 1920, as preocupações com saúde do trabalhador despontam e quando se trata da saúde da população não contributiva, exceto a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953, que contou com verbas irrisórias, confirmando com isso o descaso para com a saúde da população, e atuava primordialmente com ações de higienização e imunização. Além do ministério da saúde, destacava-se no deserto de ações de saúde para população, a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) no ano de 1956, com o intuito de promover a educação sanitária da população rural, atuação de políticas públicas voltadas a saúde entre as décadas de 20 e de 1970, existia no âmbito da previdência social (HOCHMAN, 1998).

Na década de 1970, surgem forças vetoriais que culminaram na construção do Sistema Único de Saúde, como nos permite concluir Paim (2015) e Cordeiro (2004). Esses grupos tensionadores buscavam o enlace saúde e previdência e a reforma sanitária. Segundo Cordeiro (2004) esse movimento foi promotor da organização do sistema nacional da previdência e assistência social (SINPAS) e expansão da cobertura previdenciária ocorrida em 1974, no governo Geisel.

No Brasil, o *zeitgeist*² em relação ao que atualmente denomina-se de Saúde Pública, tinha bases epistemológicas alinhadas ao campo de estudo denominado

² Conjunto de ideias ou clima intelectual e cultural, numa certa época, ou as características genéricas de um determinado período de tempo.

“Medicina Social”. Esse campo, por sua vez, se diferenciava do que, na década de 1970 denominava-se de “Saúde Pública”, a qual era reconhecida pelas tradições sanitaristas. O contraponto que a “Medicina Social” fazia em relação à tradição sanitarista era a busca de alternativas que contemplassem uma articulação entre as ciências sociais e a epidemiologia como alicerces da determinação social das doenças. Também se buscava através do conhecimento dos determinantes sociais em saúde construir políticas de saúde que buscassem superar as orientações funcionalistas das ciências do comportamento, as visões tecnocráticas de determinadas correntes do planejamento e da administração de saúde ou a determinação das doenças, como o resultado multivariável e anistórico de fatores biopsicossociais (CORDEIRO, 2004).

Vale lembrar a importância da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), a Fundação Kellogg e da Organização Pan-americana de Saúde (OPS), que segundo Cordeiro (2004) patrocinaram os estudos no campo da medicina social e no desenvolvimento de novas práxis reformista do sistema de saúde.

Esses autores, até o momento, nos permite afirmar que na década de 1970, surgiu uma profunda relação dialética entre as políticas sociais desse período e as teorias que fundamentavam as novas práxis em saúde em evidência nas universidades e cursos de saúde e que mobilizavam o pensamento crítico das políticas de saúde, pode-se citar como exemplo o relato de Oliveira e Teixeira (1985) que desvela a consolidação do Convênio entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Previdência e Assistência (MPAS) o qual estabelecia novas bases para a relação entre Hospitais Universitários e a Previdência Social.

Em 1975 o Sistema Nacional de Saúde foi criado pela Lei nº 6.229, com objetivo de superar a descoordenação imperante no campo das ações de saúde. O SNS foi constituído pelo complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde. Em relação à política pública de saúde, esta lei atribuiu ao Ministério da Saúde a formulação da política, bem como a promoção ou execução de ações voltadas para o atendimento de interesse coletivo, enquanto o MPAS, através do INPS, sucedido pelo INAMPS, responsabilizava-se, principalmente, pelas ações médico-assistenciais individualizadas (OGUISSO, 1980).

O Sistema Nacional de Saúde inspirava-se numa visão sistêmica que, ainda sofria influência de outras correntes ideológicas, também tensionadoras, e opostas ao modelo reformista e que pretendiam a instituição de um modelo funcionalista de saúde. Tanto que o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) denunciou que a política como um instrumento a serviço dos diversos setores empresariais; e dos posicionamentos socioeconômicos do governo – privatizante, empresarial e concentrada em renda, que negligenciava as necessidades reais da população e se orientava pelos interesses das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral (CEBES, 1980).

Outro ponto trata-se da crise do sistema previdenciário provocada pela constante elevação da cobertura do sistema previdenciário, devido a incorporação de novos grupos ocupacionais ao sistema previdenciário (trabalhadores autônomos, trabalhadores rurais entre outros), extensão da oferta de serviços à população não previdenciária para atender a demanda de legitimação do regime militar que, para isso, implementou um esforço de incorporação da dimensão social em seu projeto de desenvolvimento econômico. Eclodindo, assim no aumento da oferta de serviços médico-hospitalares e, conseqüentemente, a uma pressão por aumento nos gastos.

Apesar de sua pretensa racionalidade sistêmica, esse projeto jamais chegou a ter importância significativa na solução ou prevenção da crise que se avizinhava. O Sistema Nacional de Saúde, na realidade, foi mais um protocolo de especialização de funções do que um mecanismo de integração dos dois principais órgãos responsáveis pela política de saúde. Embora fosse atribuída ao Ministério da Saúde a função reitora na formulação da política de saúde, na prática era o Ministério da Previdência e Assistência Social que, por deter a maior parte dos recursos públicos destinados à área de saúde, predominava na definição da linha política setorial.

Por sua vez, o INAMPS, teve suas ações condicionadas ou limitadas pela disponibilidade dos recursos existentes, já que os benefícios previdenciários, por sua natureza contratual, têm primazia na alocação dos recursos do sistema. As despesas do INAMPS, que em 1976 correspondiam a 30% do orçamento da previdência social, em 1982 atingiram apenas 20% do total, correspondendo a uma perda de 1/3 da participação nos gastos.

O advento da Nova República, em 1985, representou a derrota da solução ortodoxa privatista para a crise da previdência e o predomínio de uma visão

publicista, comprometida com a reforma sanitária, até 1986 houve maior efervescência dos debates sobre as formas de organização das políticas sociais na Nova República (CORDEIRO, 1991). No I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República originário prevalecia a estratégia da descentralização de competências, recursos e gerências relativas aos diversos programas setoriais.

Os movimentos sociais que lutam pela promoção de sistemas que assegurassem a viabilização de políticas na área de saúde do trabalhador e a seguridade social com direitos universais eclodiram no Brasil e em outros países. Esse movimento social requereu equidade para que os serviços e benefícios sociais fossem estruturados de forma inclusiva e distributiva. Aos cidadãos, a garantia de tais serviços e benefícios é fundamental (MINAYO, 1997).

A nova Constituição Federal, promulgada a 3 de outubro de 1988, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja formatação final e regulamentação ocorreram mais tarde através das leis nº_8.080 e 8.142, ambas de 1990. A Saúde do Trabalhador passa na Constituição Federal de 1988 passa a ser definida no binômio saúde do trabalhador e ambiente de trabalho, sendo parte do direito à saúde e é área de atuação do Sistema Único de Saúde, e não mais atribuição exclusiva do Ministério do Trabalho e Emprego ou do Ministério da Previdência Social (CASTRO; AFONSO, 2010).

As políticas públicas direcionadas à saúde do trabalhador elegeram como foco principal os trabalhadores vinculados às organizações privadas. Inexistia, nessa época, quaisquer tipos de regulação e instrumentos de proteção à saúde dos servidores públicos e esses não estavam incluídos na legislação de saúde e segurança do trabalho, pois as normas são voltadas aos trabalhadores celetista (RAMMINGER; NARDI, 2007).

Esta constatação não tem por finalidade propor a criação de serviços de atenção à saúde do trabalhador para o servidor público, mas pontuar que existiu uma importante lacuna na atenção em saúde para os servidores públicos e somente após a criação do Regime Jurídico Único – RJU, em 1990, as primeiras medidas neste sentido surgiram.

4 POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL

Para contextualizar o surgimento da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público é necessário retomar o conceito de política pública que é definido por Rua (2009), como o conjunto de expressões formais e informais que visam mediar pacificamente os conflitos gerados quanto ao uso dos bens públicos. Apesar de existir construtos relacionados a área de Política Pública desde os anos de 1930 (SOUZA, 2006), como área de conhecimento e disciplina acadêmica, se consolidou nos Estados Unidos da América – EUA no período pós II Guerra Mundial em meios as descolonizações (MELLO, 2011).

Raeder (2014) demonstra que o ciclo de políticas públicas se apresenta como uma ferramenta analítica que contribui para tornar manifesto a discussão sobre o tema. O autor propõe uma análise baseada em cinco fases que podem ser relacionadas à PASS nos seguintes termos:

A primeira fase do ciclo é a percepção e definição de problemas; esta fase da política que trata de considerar que determinado problema socioeconômico é passível de resolução pelo sistema político. A PASS é uma política implementada para atender a questões relacionadas a participação, motivação e aumento de produtividade do servidor público federal na execução de suas atividades (RAEDER, 2014).

O trabalho é uma da dialética entre o conjunto de prescrições e a ação efetiva de diferentes atores, pressupondo um investimento individual e coletivo. O autor realça que no trabalho humano se estabelece uma dialética que se define de um lado pelos antecedentes que normatizam e antecipam a atividade e, de outro lado, as dimensões singulares das situações que marcam a atividade cotidiana do trabalho (ABRAHÃO et al, 2009).

Assim, percebe-se que no trabalho vários fatores integrantes se inter-relacionam e que o trabalhador é o elemento mediador das variáveis que constituem o trabalho. Abrahão et al (2009) acrescenta que, é o trabalhador que estabelece sua relação com o local de trabalho criando meios de executá-lo. Dessas atividades resultam qualidade, quantidade, impactos para a saúde, melhorias das competências, doenças, acidentes, interações no ambiente de trabalho, sendo esses aspectos o problema que a PASS aborda.

Existem construtos teóricos a relação homem X produtividade datados do século XIX, a exemplo de Frederick Winslow Taylor, que lançou seu livro "Administração Científica", com uma abordagem que buscava a melhor maneira de executar um trabalho e suas tarefas. Desta feita, Taylor utilizou a modificação do aumento e redução do tamanho e peso de uma pá de carvão, até que a melhor relação fosse alcançada, e assim triplicou a quantidade de carvão que os trabalhadores podiam carregar num dia (GEORGE JR, 1974).

Segundo George Jr. (1974), o advento de máquinas e armas sofisticadas, na segunda guerra mundial, criaram novas demandas cognitivas para os operadores de máquinas, essas requeriam tomada de decisão, atenção, análise situacional e coordenação motora. Na época, foi observado que aeronaves em perfeito estado de funcionamento, conduzidas pelos melhores pilotos, ainda caíam. Intrigado com essa questão, em 1943, Alphonse Chapanis desenvolveu um estudo intitulado "erro do piloto", neste apresentou a redução de erros por parte dos pilotos quando controles mais lógicos e diferenciáveis substituíam os confusos projetos das cabines dos aviões.

O autor supracitado revela que o engenheiro inglês K.F.H. Murrell criou em 1949 a primeira associação nacional de Ergonomia, a Ergonomic Research Society, que reunia fisiologistas, psicólogos e engenheiros que se interessavam pela adaptação do trabalho ao homem. A partir disso a ergonomia se desenvolveu em outros países industrializados e em desenvolvimento, diversificando-se e aprofundando em construção de projeto e produtos que levam em conta fatores ergonômicos.

É nessa perspectiva que Dejour (1986) e Abrahão et al (2009) em seus estudos, nos permite pensar que atualmente os estudos ergonômicos que combinam o uso de diferentes instrumentos e procedimentos de pesquisa para o diagnóstico de situações críticas de trabalho e, assim promover recomendações que visam transformar os contextos laborais, proporcionam o bem-estar dos trabalhadores e como consequência promovem efetividade organizacional e satisfação dos usuários/consumidores.

Os estudos ergonômicos mostram que o meio e os procedimentos do trabalho devem ser reguláveis aos homens trabalhadores e não o contrário. A ergonomia dispõe de métodos para tal articulação e entende que existe uma variabilidade inter

e intra-individual, uma variabilidade do trabalho e a dependência entre tarefas e processos de regulação desenvolvidos pelos trabalhadores (ABRAHÃO et al, 2009).

A partir dessa mudança de paradigmas da ergonomia que a QVT ganhou importância como conceito global e como uma forma de enfrentar os problemas de qualidade e produtividade. Promovendo que os ergonômistas investissem em perguntas sobre o bem-estar do homem no trabalho sendo que alguns estudiosos afirmaram o duplo caráter do trabalho humano como meio onde o trabalho dá recursos ao homem para adquirir os bens necessários à vida e como finalidade em si, socializando o homem e colocando-o defronte do outro e de si mesmo.

Destarte Qualidade de Vida no Trabalho, segundo Huse e Cummings (1985, apud LIMONGI-FRANÇA, 2003), é entendida como uma forma de pensamento envolvendo pessoas, trabalho e organização, estabelecendo as relações: preocupação com o bem-estar do trabalhador, eficiência organizacional, participação dos trabalhadores nas decisões e problemas do trabalho. Em resumo, a QVT envolve um conjunto de fatores que busca a participação e motivação dos trabalhadores e principalmente a saúde deste. Assim, a PASS existe para criar estratégias com o intuito de promover um ambiente que estimule e dê suporte ao servidor, pois, considerando que a saúde está diretamente relacionada à sua qualidade e produtividade do trabalhador, os serviços oferecidos pela Administração Pública Federal (APF) serão efetuados com mais eficiência.

Retomando o ciclo das políticas públicas tem-se a segunda etapa deste, a de formação da agenda decisória. Secchi (2013) descreve que a agenda pode ser entendida como um conjunto de problemas encarados como relevantes pelos atores envolvidos com a política.

Identifica-se a de formação da agenda decisória da PASS a criação, em 2003, da Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Esta tinha como seu principal objetivo implementar uma política de atenção à saúde baseada na equidade e na universalidade com foco na tríade vigilância aos ambientes, processos de trabalho; promoção à saúde e perícia e assistência, fundamentadas em gestão com base em informação epidemiológica, na inter-relação entre os eixos, no trabalho em equipe multidisciplinar e na avaliação dos locais de

trabalho em que se considere os ambientes e as relações de trabalho (Paiva Ferreira, 2010).

A Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão percebeu que a época não existia critérios para implementações de ações em saúde, os recursos financeiros destinados a esse fim eram diferenciados entre as instituições, assim como as estruturas físicas, organizacionais e critérios periciais. Além disso, as potencialidades e dificuldades eram desconhecidas pelo conjunto da Administração Pública.

Foi percebido que existiam distorções dentre os órgãos, a exemplo a concessão do benefício relacionado à saúde suplementar – enquanto alguns órgãos custeavam valores expressivos de planos especiais de saúde, outros servidores não tinham acesso a nenhum valor.

Ficou evidenciado que a inexistência de um sistema de informações que notificasse os agravos à saúde – licenças médicas, acidentes de trabalho, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais – o que impossibilitava a construção do perfil de adoecimento dos servidores públicos e dificultou o real dimensionamento das questões relacionadas à saúde do servidor.

Esse levantamento, foi o pilar da formação de agenda da agenda política da PASS, logo os desafios que a comunidade política entende como merecedor de uma intervenção eram as distorções existentes entre os diversos órgãos do SIPEC e implementar uma política de atenção à saúde baseada na equidade e na universalidade de direitos e benefícios, na uniformização de procedimentos, na otimização de recursos e na implementação de medidas que produzam impacto positivo na saúde dos servidores públicos federais para aumento de produtividade do servidor público federal.

O levantamento sobre eficácia da metodologia de implantação de Qualidade de vida no trabalho - QVT demonstrou que os pesquisadores descritos na Quadro 1, consolidaram essa metodologia como eficaz para atingir os objetivos desejados por uma organização pois, através dela é possível obter o comprometimento dos colaboradores para a execução das tarefas. Os pesquisadores evidenciaram, também que a QVT auxilia no desenvolvimento de condições que motivam os trabalhadores, propiciando um ambiente adequado para a execução das tarefas,

facilitando o desenvolvimento pessoal e promovendo a interação entre as partes e um programa adequado de QVT, em sintonia com procedimentos de ergonomia visando adaptar o trabalho ao ser humano, promove uma organização mais humanizada, gerando resultados positivos para os envolvidos.

Quadro 1 - Publicações que consolidam a QVT como eficaz instrumento de motivação e produtividade

AUTOR	PUBLICAÇÕES QUE DEMONSTRAM EFICÁCIA DA QVT
BERGAMINI, Cecília Whitaker	Motivação nas organizações
CHIAVENATO, IDALBERTO.	Gestão de Pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações.
FRANÇA, A. C. Limongi	Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras
	Qualidade de Vida no Trabalho: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial
FERNANDES, Eda	Qualidade de Vida no Trabalho: como medir para melhorar
GUÉRIN, F. et al.	Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia.
MERINO, Eugênio	Qualidade de Vida no trabalho. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

Fonte: Elaboração própria da autora desta dissertação (2019).

Além disso, diversos cases foram publicados em revista e periódicos nacionais e internacionais demonstrando que promover o bem-estar dos colaboradores vem se tornando objeto de importância realçada no mercado atual. No um artigo publicado “As melhores empresas para trabalhar no Brasil e a qualidade de vida no trabalho: disjunções entre a teoria e a prática” ficou evidenciado empresas de alta produtividade que investem em QVT como estratégia de promoção de eficiência.

Vale destacar que dentre as empresas relacionadas no estudo a Accor Brasil, Arthur Andersen, PROMON, Samarco, USIMINAS, BRASMOTOR e Elma Chips o foco da qualidade de vida no trabalho era garantir oportunidade de carreira, segurança e confiança na gestão, orgulho do trabalho e da empresa, Clareza e abertura na comunicação interna, treinamento e desenvolvimento.

Estando os problemas definidos, a terceira etapas do ciclo das políticas públicas, seria a formulação de programas e projetos intentem contemplar com soluções por meio de ações públicas, e que orientarão a execução das atividades. Assim três anos depois da criação da Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor foi instituído o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal – SISOSP, entretanto, é a partir de dezembro de 2007 que se estabelece o compromisso de construir e implantar, de forma compartilhada, uma PASS, sustentada por um sistema de informação em saúde do servidor, movimento que deu consequência à criação do SIASS (BRASIL, 2015).

Sucedese a formulação a etapa de implementação da política. Secchi (2013) a define como a concretização da solução dos problemas que foram definidos na agenda decisória. Nesta etapa os problemas deverão ser tratados a partir dos critérios definidos na etapa anterior.

Para garantir a implementação da PASS, em substituição ao SISOSP, foi criado o SIASS, e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor (CGASS), pelo Decreto nº. 6.833, de 29 de abril de 2009, estabelecendo-se que SIASS teria a finalidade de articular os recursos existentes e propor medidas para a implementação das ações da PASS e possibilitar a articulação entre os diferentes órgãos da APF, para a elaboração coletiva de normas, a potencialização das ações, a uniformização de procedimentos e a elaboração de projetos de formação e canais de comunicação.

O CGASS, que era composto por sete ministérios e pela Casa Civil, era o fórum governamental instituído para a elaboração de diretrizes na área de saúde e segurança no trabalho.

Para a operacionalização do novo sistema, foram constituídos subgrupos técnicos para a discussão da Perícia, Vigilância e Promoção em Saúde e um subgrupo específico de Implantação, com a tarefa de trazer subsídios para a estruturação do sistema.

O monitoramento e avaliação das ações planejadas, é a quinta fase do ciclo de políticas pública, segundo Secchi (2013), tem ênfase no acompanhamento das políticas públicas. O monitoramento é a atividade de análise da implementação de políticas públicas. Assim preocupa-se em entender se os instrumentos utilizados para a gestão das políticas públicas estão sendo os mais adequados. Caso sejam

identificados problemas no momento da implementação esses devem ser corrigidos para que não atrapalhem os objetivos e metas almejadas pela política pública. O monitoramento deve ser realizado pelo próprio órgão responsável pela política pública ou por um órgão de controle. Isso não exclui a possibilidade de o controle social auxiliar no monitoramento.

Com relação a essa quinta fase procedeu-se uma pesquisa bibliográfica, detalhada no capítulo de “método” e “resultado e discussão”

Encontrou-se apenas um artigo com tema aproximado a avaliação da política de atenção a saúde de servidor a PASS. Escrito por Fonseca e Fermama, “SISTEMA DE GESTÃO DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO: UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE PARA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL BRASILEIRA” traz a necessidade de haver uma avaliação na execução dos serviços de saúde e segurança do trabalho e propõe uma forma de fazê-lo frente a inexistência de monitoramento e avaliação dessas ações. Os outros artigos trouxeram a trajetória de implementação da PASS em Instituições Públicas Federais.

Considerando que o entendimento das relações de saúde e trabalho mostrou-se relevante a partir dos estudos advindos das novas formas de organização e gestão nas instituições público e privado que surgiram após a crise do capitalismo no final da década de 1970, caracterizada pelo “esgotamento do modelo de acumulação taylorista/fordista, da administração Keynesiana e do Estado de bem-estar social” (ASSUNÇÃO, 2012), a política de atenção a saúde do servidor desvela-se um relevante instrumento de promoção de eficiência na execução dos serviços públicos, merecendo assim melhor atenção da produção científica.

Pode-se elucidar, essa promoção de eficiência revisando a relação de saúde e trabalho. A descrição desse nexos será apresentada no próximo capítulo.

5 TRABALHO E SAÚDE

O trabalho real, ou atividade designa a maneira do ser humano mobilizar suas capacidades para atingir os objetivos da produção. Assim, a premissa é que o trabalho demanda um investimento cognitivo e físico para resolver o que não é dado pela organização e pela situação de trabalho o que é, de acordo com Assunção (1998), determinante na construção e desconstrução da saúde. (ABRAHÃO, et al., 2009).

Segundo Dejour (1986) ficar sem trabalhar não é o objetivo das pessoas, o trabalho é mais que uma fonte de recursos materiais, pode ser também, uma fonte de prazer. Abrahão (et al., 2009) acrescenta que o conceito de trabalho resulta da dialética entre o conjunto de prescrições e a ação efetiva de diferentes atores, pressupondo um investimento individual e coletivo. Além disso, o autor realça que no trabalho humano se estabelece uma dialética que se define de um lado pelos antecedentes que normatizam e antecipam a atividade e de outro lado as dimensões singulares das situações que marcam a atividade cotidiana do trabalho.

Assim pode-se concluir que no trabalho existe a relação entre vários fatores integrantes e que o trabalhador é o elemento mediador das variáveis que constituem o trabalho. Abrahão et al (2009) acrescenta que é o trabalhador que estabelece sua relação com o local de trabalho criando meios de executá-lo. Dessas atividades resultam qualidade, quantidade, impactos para a saúde, melhorias das competências, doenças, acidentes, interações no ambiente de trabalho dentre outros.

Os autores supracitados puderam construir seus fundamentos pois a eles precediam acumulando conhecimentos sobre o desempenho do homem em atividade. Abrahão (et al., 2009) cita que existência de estudos que revelam a preocupação da adaptação das condições do ambiente ou das ferramentas do trabalho às características humanas remonta dos primórdios comentando sobre a existência de evidências que permitem concluir que os homens das cavernas produziam artefatos apropriados às suas necessidades e características.

Em épocas mais modernas, cita-se o trabalho de Bernardo Ramazzini, datado de 1700, este descreveu sobre doenças e lesões relacionadas ao trabalho, em sua "De Morbis Artificum" (Doenças Ocupacionais). Wojciech Jastrzebowski, em 1857 trouxe o termo ergonomia quando usou em seu artigo as palavras gregas ergon e

normons em seu artigo. Ergonomia é uma palavra compostos pelas palavras gregas ergon (trabalho) e normons (leis e regras) (ABRAHÃO et al, 2009).

À partir do século XIX, Frederick Winslow Taylor, lançou seu livro "Administração Científica", com uma abordagem que buscava a melhor maneira de executar um trabalho e suas tarefas. Desta feita, Taylor utilizou a modificação do aumento e redução do tamanho e peso de uma pá de carvão, até que a melhor relação fosse alcançada, e assim triplicou a quantidade de carvão que os trabalhadores podiam carregar num dia (GEORGE JR, 1974).

Segundo GEORGE Jr. (1974) o advento de máquinas e armas sofisticadas, na segunda guerra mundial, criaram novas demandas cognitivas para os operadores de máquinas, essas requeriam tomada de decisão, atenção, análise situacional e coordenação motora. Na época, foi observado que aeronaves em perfeito estado de funcionamento, conduzidas pelos melhores pilotos, ainda caíam. Intrigado com essa questão, em 1943, Alphonse Chapanis desenvolveu um estudo intitulado "erro do piloto", neste apresentou a redução de erros por parte dos pilotos quando controles mais lógicos e diferenciáveis substituíam os confusos projetos das cabines dos aviões.

O autor supracitado revela que o engenheiro inglês K.F.H. Murrel criou em 1949 a primeira associação nacional de Ergonomia, a Ergonomic Research Society, que reunia fisiologistas, psicólogos e engenheiros que se interessavam pela adaptação do trabalho ao homem. A partir disso a ergonomia se desenvolveu em outros países industrializados e em desenvolvimento diversificando-se e aprofundando-se em construção de projeto e produtos que levam em conta fatores ergonômicos. Afinal, Abrahão et al (2009) nos coloca que um dos aspectos socioeconômicos da época era a preocupação das indústrias europeias e americanas a adequar-se ao período pós-guerra buscando aumentar a produção driblando a escassez de mão de obra capacitada e matéria prima.

No princípio, a Ergonomia tratava apenas dos aspectos físicos da atividade de trabalho e alguns estudiosos cunharam o termo Fatores Humanos de forma a incorporar os aspectos organizacionais e cognitivos presentes nas atividades de trabalho humano (ABRAHÃO et al, 2009).

Foi só à partir da década de 1980 que o foco dos ergonomistas voltou para a análise de sistemas automáticos e informatizados com ênfase na natureza cognitiva

do trabalho. Foi considerado que não existe cognição sem corpo, este por onde o homem expressa, em muitas das vezes seu sofrimento manifestado através de doenças. Diante deste construto, o “erro” no trabalho passou a ser considerando-se uma falha no processo e não uma “falha do humano”, que opera um sistema ou uma máquina. Assim, os estudos ergonômicos, se voltaram para a compreensão e a percepção humana, da cognição situada e da cognição distribuída, das concepções de sistemas de trabalho que favorecem o desenvolvimento das competências e que asseguram a saúde do trabalhador e a segurança ocupacional.

É nessa percepção que Dejour (1986) e Abrahão et al (2009) em seus estudos, nos permite pensar que atualmente os estudos ergonômicos que combina o uso de diferentes instrumentos e procedimentos de pesquisa para o diagnóstico de situações críticas de trabalho, a formulação de recomendações que visa transformar os contextos laborais para proporcionar o bem-estar de trabalhadores e gestores, a satisfação usuários/ consumidores e a efetividade organizacional.

Os autores supracitados argumentam que os trabalhadores são atores imprescindíveis para compreender-se as estratégias utilizadas no confronto com o trabalho e para minimizar ou limitar as condições de adoecimento e sofrimentos físico e mental, este último cada vez mais presente no serviço público (DEJOUR, 1986; ABRAHÃO et al., 2009).

A ergonomia mostra que o meio e os procedimentos do trabalho devem ser reguláveis aos homens trabalhadores e não o contrário. A ergonomia dispõe de métodos para tal articulação e entende que existe uma variabilidade inter e intra-individual, uma variabilidade do trabalho e a dependência entre tarefas e processos de regulação desenvolvidos pelos trabalhadores (ABRAHÃO, 2009).

A partir dessa mudança de paradigmas da ergonomia, que a QVT ganhou importância como conceito global e como uma forma de enfrentar os problemas de qualidade e produtividade. Promovendo que os ergonomistas investissem em perguntas sobre o bem-estar do homem no trabalho. Alguns estudiosos afirmaram o duplo caráter do trabalho humano como meio onde o trabalho dá recursos ao homem para adquirir os bens necessários à vida e como finalidade em si, socializando o homem e colocando-o defronte do outro e de si mesmo (FERREIRA; ALVES; TOSTES, 2009).

5.1 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: ORIGEM, EVOLUÇÃO E PERSPECTIVAS

Ferreira, Reis e Pereira (1999), Hampton (1991) e Rodrigues (1999) concordam que no século XX, muitos pesquisadores contribuíram para o estudo sobre a satisfação do indivíduo no trabalho. Dentre eles é possível destacar os trabalhos de: Elton Mayo, cujas pesquisas elucidaram fatores motivacionais dos indivíduos com finalidade de obtenção das metas organizacionais, assim como estudou a Qualidade de Vida do Trabalhador. Os estudos de Mayo efetuados na Western Electric Company (Hawthorne, Chicago) no início dos anos 20, que culminaram com a escola de Relações Humanas, os quais foram considerados bastante relevantes para o estudo do comportamento humano.

O autor Abraham H. Maslow, também se destacou, concebendo a hierarquia das necessidades, composta de cinco necessidades fundamentais: fisiológicas, segurança, amor, estima e auto-realização. Destaca-se também na teoria de Maslow que os indivíduos tentam satisfazer de forma parcial as necessidades de nível mais baixo para que possam avançar as necessidades de nível mais alto. Essa teoria das motivações humanas permite construir aplicações sobre as motivações para o trabalho e qualidade de vida do trabalhador.

Nesse mesmo sentido, Douglas McGregor descreveu que o compromisso com os objetivos depende das recompensas à sua consecução, e que o ser humano não só aprende a aceitar as responsabilidades, como passa a procurá-las. A teoria deste autor foi denominada de Teoria X. Segundo Rodrigues (1999) essa teoria, busca a integração entre os objetivos individuais e os organizacionais. Várias das dimensões destacadas por McGregor são analisadas e consideradas em programas de QVT.

Cabe ainda citar, Frederick Herzberg, cujas pesquisas detectaram que os trabalhadores associavam a insatisfação com o trabalho ao ambiente de trabalho e ao conteúdo. Assim, o autor descreve como fatores capazes de produzir insatisfação os fatores higiênicos que compreendem a política e a administração da empresa, as relações interpessoais com os supervisores, supervisão condições de trabalho, salários, *status* e segurança no trabalho, e os geradores de satisfação seriam os fatores motivadores que abrangem a realização, reconhecimento, o próprio trabalho, responsabilidade e progresso ou desenvolvimento.

Esses estudos foram pilares para a definição do atual conceito Qualidade de Vida no Trabalho. A Exemplo da definição:

Qualidade de vida no trabalho (QVT) é o conjunto das ações de uma empresa que envolvem a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha a empresa e as pessoas como um todo, o que chamamos de enfoque biopsicossocial. O posicionamento biopsicossocial representa o fator diferencial para a realização de diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de projetos voltados para a preservação e desenvolvimento das pessoas, durante o trabalho na empresa... A origem do conceito vem da medicina psicossomática que propõe uma visão integrada, holística do ser humano, em oposição à abordagem cartesiana que divide o ser humano em partes...No contexto do trabalho esta abordagem pode ser associada à ética da condição humana. Esta ética busca desde a identificação, eliminação, neutralização ou controle de riscos ocupacionais observáveis no ambiente físico, padrões de relações de trabalho, carga física e mental requerida para cada atividade, implicações políticas e ideológicas, dinâmica da liderança empresarial e do poder formal até o significado do trabalho em si, relacionamento e satisfação no trabalho. (ALBUQUERQUE; FRANÇA 1998).

Limongi (1995) e Albuquerque e França (1998) consideram que as demandas de Qualidade de Vida no Trabalho foram impulsionadas pelos novos paradigmas sociais e pela gradativa mudança de estilos de vida dentro e fora dos ambientes laborais, gerando, em consequência, novos valores. Walton *apud* Rodrigues (1999, 81), considera que “a expressão Qualidade de Vida tem sido usada com crescente frequência para descrever certos valores ambientais e humanos, negligenciados pelas sociedades industriais em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico”.

Ademais, Albuquerque e França (1998) também desvelam que os estudos e aplicação da QVT vivenciam contribuições de várias ciências o que confere a área de estudo um perfil interdisciplinar. As contribuições de algumas áreas do conhecimento são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Colaborações das ciências para teorias e aplicações de QVT

DISCIPLINAS	COLABORAÇÕES PARA QVT
Saúde	Contribui com a preocupação preservação da integridade física, mental e social do ser humano, não se restringindo ao controle de doenças, ampliando, assim os com avanços biomédicos com fins de ampliação da expectativa de vida dos indivíduos.
Ecologia	Inclui o homem como parte integrante e responsável pela preservação do sistema dos seres vivos e dos insumos da natureza.
Ergonomia	Acrescenta a necessidade de considerar as condições de trabalho ligadas à pessoa visando conforto na operação. O olhar ergonômico fundamentando-se na medicina, na psicologia, na motricidade e na tecnologia industrial.
Psicologia	Adiciona a influência das atitudes internas e perspectivas de vida de cada indivíduo em seu trabalho e a importância do significado intrínseco das necessidades individuais para seu envolvimento com o trabalho a partir da dimensão simbólica do que é compartilhado e construído socialmente.
Sociologia	Resgata as implicações dos diversos contextos culturais e antropológicos da empresa.
Economia	Contribui com formas de equilibrar a responsabilidade e os direitos frente ao fato da finitude de bens recursos e serviços.
Administração	Aumenta a capacidade de mobilizar recursos para atingir resultados, em ambiente cada vez mais complexo, mutável e competitivo.
Engenharia	Elabora formas de produção voltadas para a flexibilização da manufatura, armazenamento de materiais, uso da tecnologia, organização do trabalho e controle de processos.

Fonte: Pimentel e Fernandes (2003).

Walton (1981 *apud* FERNANDES, 1996) propõe oito categorias conceituais, incluindo critérios de QVT:

- a) **Compensação Justa e Adequada** busca-se a obtenção de remuneração adequada pelo trabalho realizado, assim como o respeito à equidade interna (comparação com outros colegas) e à equidade externa (mercado de trabalho).
- b) **Condições de Trabalho** mede-se as condições prevalecentes no ambiente de trabalho. Envolve a jornada e carga de Trabalho, materiais e equipamentos disponibilizados para a execução das tarefas e ambiente saudável (preservação da saúde do trabalhador). Ou seja, esse tópico analisa as condições reais oferecidas ao empregado para a consecução das suas tarefas.
- c) **Uso e Desenvolvimento de Capacidades** implica o aproveitamento do talento humano, ou capital intelectual, como está em voga atualmente. É forçoso, portanto, reconhecer a necessidade de concessão de autonomia (*empowerment*), incentivo à utilização da capacidade plena de cada indivíduo no desempenho de suas funções e *feedbacks* constantes acerca dos resultados obtidos no trabalho e do processo como um todo.
- d) **Oportunidade de Crescimento e Segurança** abarca as políticas da instituição no que concerne ao desenvolvimento, crescimento e segurança de seus empregados, ou seja, possibilidade de carreira, crescimento pessoal e segurança no emprego. Neste fator pode-se observar, através das ações implementadas pelas empresas, o quanto a prática empresarial está de fato sintonizada com o respeito e a valorização dos empregados.
- e) **Integração Social na Organização** pode-se efetivamente observar se há igualdade de oportunidades, independente da orientação sexual, classe social, idade e outras formas de discriminação, bem como se há o cultivo ao bom relacionamento.
- f) **Constitucionalismo** mede o grau em que os direitos do empregado são cumpridos na instituição. Implica o respeito aos direitos trabalhistas, à privacidade pessoal (praticamente inexistente no mundo empresarial moderno), à liberdade de expressão (altamente em cheque, tendo-se em vista as enormes dificuldades de trabalho com registro em carteira).

- g) **Trabalho e o Espaço Total da Vida** deve-se encontrar o equilíbrio entre a vida pessoal e o trabalho. Todavia, como será visto mais adiante, está-se muito distante de uma prática minimamente ideal nesse campo.
- h) **Relevância do Trabalho na Vida** investiga-se a percepção do empregado em relação à imagem da empresa, à responsabilidade social da instituição na comunidade, à qualidade dos produtos e à prestação dos serviços. Felizmente, esses aspectos vêm tendo significativos avanços no campo empresarial.

Considera-se que a Qualidade de vida no trabalho deve abranger múltiplas dimensões vida humana, tais como renda capaz de satisfazer às expectativas pessoais e sociais, orgulho pelo trabalho realizado, vida emocional satisfatória, autoestima, imagem da empresa/instituição junto à opinião pública, equilíbrio entre trabalho e lazer, horários e condições de trabalho sensatos, oportunidades e perspectivas de carreira, possibilidade de uso do potencial, respeito aos direitos e justiça nas recompensas (SUCESSO, 1998).

Silva e De Marchi (1997), por outro lado, acreditam que a adoção de programas de qualidade de vida e promoção da saúde são adotados para que as empresas sejam beneficiadas com uma força de trabalho mais saudável, com absenteísmo/rotatividade, redução do número de acidentes, diminuição do custo de saúde assistencial, maior produtividade, melhor imagem e por último, um melhor ambiente de trabalho. Para esses autores, as finalidades dos programas eram de proporcionar ao indivíduo maior: resistência ao estresse, estabilidade emocional, motivação, eficiência no trabalho; melhor autoimagem e relacionamento.

Pode-se concluir que ao longo de sua evolução a QVT sempre foi percebida como uma ferramenta gerencial. O entendimento dos estudos de Nadler e Lawler (1983) *apud* Fernandes (1996), oferecem uma abrangente visão da evolução do conceito de QVT expressa no Quadro 3.

Quadro 3 - Concepções evolutivas do QVT

CONCEPÇÕES EVOLUTIVAS DO QVT	CARACTERÍSTICAS OU VISÃO
QVT como uma variável (1959 a 1972)	Reação do indivíduo ao trabalho. Investigava-se como melhorar a qualidade de vida no trabalho para o indivíduo.
QVT como uma abordagem (1969 a 1974)	O foco era o indivíduo antes do resultado organizacional; mas, ao mesmo tempo, buscava-se trazer melhorias tanto ao empregado como à direção.
QVT como um método (1972 a 1975)	Melhorar o ambiente de trabalho e tornar o trabalho mais produtivo e mais satisfatório. QVT era vista como sinônimo de grupos autônomos de trabalho, enriquecimento de cargo ou desenho de novas plantas com integração social e técnica.
QVT como um movimento (1975 a 1980)	Declaração ideológica sobre a natureza do trabalho e as relações dos trabalhadores com a organização. Os termos “administração participativa” e “democracia industrial” eram frequentemente ditos como ideais do movimento de QVT.
QVT como tudo (1979 a 1982)	Como panaceia contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e outros problemas organizacionais.
QVT como nada (futuro)	No caso de alguns projetos de QVT fracassarem no futuro, não passará de um “modismo” passageiro.

Fonte: Nadler e Lawler apud Fernandes (1996).

Assim, pode-se pressupor que o servidor público federal é um sujeito e a intervenção nos fatores que promovem participação e motivação desses trabalhadores é uma ferramenta para manter a eficiência organizacional, ainda mais, por tratar-se de trabalhador cujo baixo desempenho gera processos burocráticos de longo prazo para complementação do serviço, necessidade de concurso público, e impactos financeiros, os custos de mais uma pessoa para fazer a atividade, além disso como o problema está no ambiente, o outro servidor contratado poderá também ter seu desempenho diminuído pelos determinantes sociais aversivos do local.

5.2 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO PARA O SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL

5.2.1 Adoção da promoção de qualidade de vida no trabalho no setor público

Segundo Huse e Cummings (2003, *apud* LIMONGI-FRANÇA 2003) é entendida como uma forma de pensamento envolvendo pessoas, trabalho e organização, estabelecendo as relações: preocupação com o bem-estar do trabalhador, eficiência organizacional, participação dos trabalhadores nas decisões e problemas do trabalho. Em resumo, a QVT envolve um conjunto de fatores que busca a participação e motivação dos trabalhadores e principalmente a saúde deste, considerando que o objetivo é manter o trabalhador apesar dos possíveis adoecimentos referentes as atividades laborais.

Ferreira (2006) mostra que no setor privado a temática QVT tem historicamente maior inserção e presença do que no setor público onde a aplicação dela permanece uma questão insipiente e um campo científico de interesse ainda restrito. Neste sentido, é ilustrativo o rastreamento feito sobre QVT por Limongi-França (2004) em organizações que praticam, publicam, fazem consultoria, discutem e pesquisam a temática, pois essa temática tem sido objeto de interesse crescente de dirigentes, gestores, trabalhadores, profissionais das ciências do trabalho e pesquisadores.

No Brasil, nos anos a partir de 1990 do século passado, tem crescido a produção científica sobre o tema com destaque para a administração e a psicologia. As publicações em QVT têm enfatizado diferentes aspectos: conciliação dos interesses das organizações e dos indivíduos (FERNANDES, 1996); saúde, estilo de vida e ambientes de trabalho (SILVA; MARCHI, 1997); segurança e higiene no trabalho (SIGNORINI, 1999); conflito decorrente das relações interpessoais (BOM SUCESSO, 2002); escolas de pensamento, indicadores empresariais (biológicos, psicológicos, sociais e organizacionais) e os fatores críticos de gestão (LIMONGI-FRANÇA, 2004); saúde mental, condições, organização e relação de trabalho (SAMPAIO, 2004).

Tais contribuições influenciaram nas práticas de gestão da QVT em organizações públicas. Afirma-se isso baseado no fato de que em 2003 foi criada a

Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor da Secretária de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Esta tinha como seu principal objetivo implementar uma política de atenção a saúde do servidor baseada na equidade e na universalidade com foco na tríade, vigilância aos ambientes, processo de trabalho; informação epidemiológica, na interrelação entre os eixos, no trabalho em equipe multidisciplinar e na avaliação dos locais de trabalho em que se considere os ambientes e as relações de trabalho, como citado anteriormente (PAIVA FERREIRA, 2010).

Paiva Ferreira (2010) revela que essa coordenação, em 2006, promoveu reformulações essenciais no modelo de gestão de pessoas dentre os frutos dessas ações está a implantação da PASS que está pautada nas mudanças de paradigma da seguridade social dos servidores. A Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal – PASS é destinada a executar ações de vigilância e de promoção a saúde dos servidores públicos federais. O servidor público federal aos quais se destinam são agentes concursados pela união que possuem estabilidade de emprego e plano de carreira.

5.2.2 Pressupostos legais à promoção à saúde do servidor público federal

A Constituição Federal, artigo 196, positiva “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...]” cabendo ao Estado prover as condições necessárias para sua promoção.

A Lei nº. 8.080/1990, Lei Orgânica da Saúde, em seu Artigo 6º, § 3º dispõe:

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

O Decreto N° 7.602/2011 dispõe sobre a Política Nacional sobre a Saúde e Segurança do Trabalhador – PNSST e objetiva a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador dentro dos princípios da universalidade, prevenção, assistência, reabilitação e reparação, diálogo social e integralidade, abrangendo todo e qualquer o trabalhador seja privado ou público.

O atual modelo de gestão de pessoas adotado destaca para a saúde e a seguridade dos servidores com mudanças de paradigma e iniciativas estabelecidas na PASS, e no bem-estar ao trabalhador. As políticas de promoção à saúde e as ferramentas de QVT possibilitam a compreensão do ambiente organizacional das instituições públicas e devem subsidiar políticas de gestão e modelos de trabalhos para gestores, servidores e demais colaboradores no desempenho das atividades laborais e no enfrentamento dos fatores aversivos relacionados ao ambiente de trabalho.

A fim de garantir esse bem-estar, instituiu-se a PASS com o aparato legal e técnico que subsidia a integração entre os órgãos públicos da APF, para tanto o governo federal estabeleceu a criação do SIASS e do Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor por meio do decreto nº 6.833 de 29 de abril de 2009, como gestor de ações que objetivam coordenar projetos e programas nas áreas de assistência à saúde, perícias médicas, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores, estabelecendo à gestão ao Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG).

É apresentado na Figura 1 o embasamento legal que norteia a construção do conhecimento referente à promoção da saúde do servidor promovendo reflexões sobre o tema. A legislação na APF voltada à Qualidade de Vida do Trabalhador consolida conhecimentos e estimula a prática da promoção à saúde do servidor público federal.

Figura 1 - Legislação referente a promoção de saúde do servidor

Legislação	Aspectos Legais
Constituição Federal 5 de Outubro de 1988	Da seguridade social : Art. 196 – A saúde é um direito de todos e um dever do estado, garantindo mediante políticas e econômicas [...]. Art. 200 – Ao Sistema Único de Saúde compete [...] executar as ações de saúde do trabalhador [...].
Lei Orgânica da Saúde 8080/ 19/91990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências. Art. 5º. - É objetivo do sistema Único de Saúde SUS, item III. Art. 6º. § 3º. Entende-se por saúde do trabalhador - Ações de Promoção e Proteção a Saúde dos trabalhadores.
Lei 8112/ 11/12/1990 com alteração dada pela Lei nº 11.907/2/2009, e pela MP nº 479/2009.	Dispõe sobre o regime jurídico único dos servidores públicos civil da União, das Autarquias e das Fundações públicas federais e alterações.
Decreto nº 7.602/7/11/2011	Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST).
Decreto nº 6.833/2009	Institui o Sistema Integrado de Atenção à Saúde do servidor Público federal – SIASS e o Comitê de Atenção à Saúde do Servidor
Decreto 6856/2009	Regulamenta o art. 206 da Lei nº 8.112/90 dispondo sobre os exames médicos periódicos
Portaria Normativa nº. 3/25/3/2013	Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federais,
Portaria Normativa nº 3/7/5/2010	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
Decreto nº 99.328/19/6/1990	Instituiu o Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos – SIAPE e integra o Sistema SIAPE SAÚDE.
Decreto nº 436/28/1/1992	Altera Decreto nº 347/21/11/1991, determina a utilização do sistema SIAFI e SIAPE no âmbito do Executivo Federal.

Fonte: Diário Oficial da União, 1988,1990, 1992, 2003, 2009, 2010,2011 – Seção 1

6 MÉTODO

6.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se um estudo qualitativo elaborado em duas etapas. A primeira etapa buscou reunir as informações e dados que serviram de base para entender quais instrumentos têm sido utilizados na avaliação da PASS e quais os problemas que estavam sendo apontados como dificultadores da implementação dessa política a fim de basear o roteiro das entrevistas que foi aplicada na segunda etapa.

Para tal realização entre dezembro 2018 a março de 2019, pesquisa bibliográfica sobre instrumentos de monitoramento da PASS nas Instituições Públicas Federais. A estratégia de busca foi delineada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde: *Lilacs*, *IBECS* e *SciELO*. Na definição dos descritores foi empregado o *DeCS* (Descritores em Ciências da Saúde), um dicionário de indexação de termos criado pela Bireme.

No processo de busca utilizou-se o operador booleano *and*, na associação dos seguintes descritores: *Brazil's policy on healthcare for government workers* em seguida, o mesmo operador foi utilizado na associação dos descritores traduzidos para o português, de acordo com o *DeCS*.

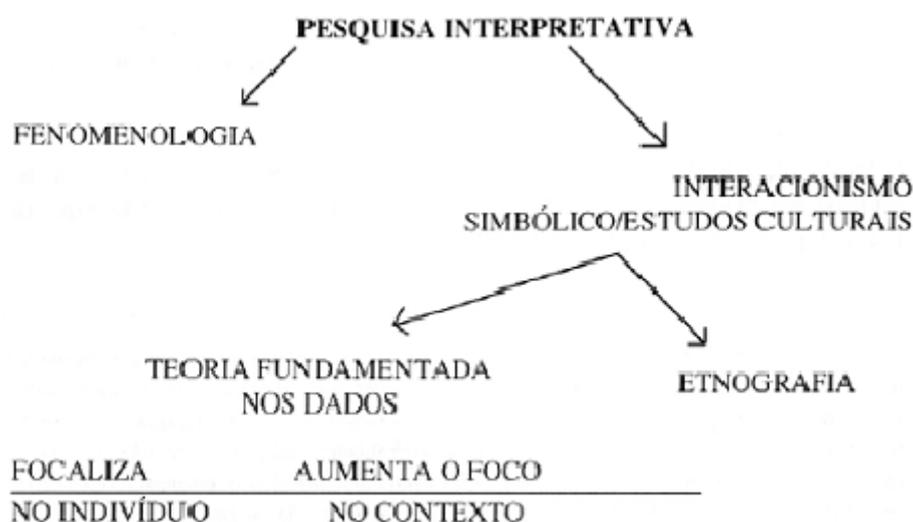
Os critérios de inclusão foram: 1) pesquisas descrevendo ou avaliando a política de atenção a saúde do servidor. 2) realizada utilizando dados epidemiológicos do sistema de atenção a saúde do servidor. Por terem sido encontrados apenas 16 artigos em português, todos foram lidos. Foram excluídos os artigos em outras línguas, pois a leitura do resumo demonstrou não tratar da realidade dos servidores públicos Federais Brasileiro ou por ser uma tradução para língua inglesa de um artigo produzido em português.

Na segunda etapa realizou-se um estudo baseado na teoria fundamentada nos dados, *grounded theory*, método desenvolvido por Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss, sociólogos da Universidade da Califórnia na década de 1960. Esse método destaca a necessidade de evidenciar a perspectiva do sujeito para entender a interação, o processo e a mudança social (PINTO; SANTOS, 2012). Glaser e Strauss (1967) denominaram de *grounded theory* o conjunto de procedimento que

realiza uma análise comparativa capaz de gerar dados que permite o pesquisador elaborar uma teoria.

Baseado em Lowenberg (1993) pode-se inserir a teoria fundamentada nos dados como uma variante do interacionismo simbólico, já que, os pressupostos dessa teoria estão inclinados para o conhecimento da percepção ou do "significado" que determinada situação ou objeto tem para o outro, alinhando-se assim as características da perspectiva interacionista que utilizam a fenomenologia e o interacionismo simbólico.

Figura 2 - Esquemas de pesquisa interpretativa



Fonte: Lowenberg (1993).

Lowenberg (1993) aponta, ainda, que O termo "pesquisa interpretativa" advém da ênfase dessas abordagens na relação dos processos interpretativos e cognitivos intrínsecos à vida social e Gelinski e Seibel (2008, p. 236), pontuam que “[...] não há uma forma unívoca de se analisar as políticas públicas. Desde a concepção e formulação até o acompanhamento e a avaliação”.

Logo, argumenta-se que, esse método é adequado para atingir o objeto desse estudo com base nos construtos de Cassiani, Caliri e Pelá (1996) que desvelam que a *grounded theory*, é uma abordagem metodológica voltada para conhecer o fato a partir do significado que objeto tem para a pessoa, relacionar ao estudo os aspectos

experienciais do comportamento humano e de que forma as pessoas interagem com os eventos.

Dessa maneira, argumenta-se que a pesquisa do tipo teoria fundamentada nos dados pode ser utilizada como instrumento para avaliar uma política. Primordialmente Howlett, Ramesh e Perl (2013) apontam que as políticas públicas perpassam por um processo cíclico de 5 fases a primeira fase do ciclo a denominado de formação da agenda caracterizada pelo planejamento, na segunda fase, a formulação da política, ocorre o detalhamento das escolhas já definidas na primeira fase. Durante a terceira fase do processo, tomada de decisão são definidos o curso de ação adotado, os recursos a serem utilizado e o prazo temporal da ação da política. A transformação das escolhas em atos ocorre na quarta fase, denominada de implementação da política, enquanto na quinta fase do ciclo, fase de avaliação se controla e supervisiona a realização da política, o que possibilita a correção de possíveis falhas para maior efetivação.

Assim, concluiu-se que a avaliação pode ser realizada em todas as fases do ciclos, colaborando para o sucesso da ação, A fim de promover e melhorar a cooperação entre os atores e a executabilidade do programa. Uma a pesquisa do tipo teoria fundamentada nos dados permite oferecer caráter técnico-científico a avaliação da política e as práticas de governança, bem como identificar teóricos que explicam as razões dos desafios enfrentados na execução das diretrizes da política quando em desenvolvimento no contexto social, pois permite a observação dos processos que estão acontecendo na cena social e o levantamento de hipóteses (TAROZZI, 2011)

Na metodologia da teoria fundamentada nos dados as teorias são desenvolvidas através do raciocínio indutivo ou dedutivo, ou então obtidas por uma combinação do raciocínio indutivo e dedutivo (FIELD; MORSE, 1985). Os autores informam que a teoria obtida de maneira indutiva ou dedutiva permanece como conjectura, até ser testada e confirmada e os processos da teoria fundamentada nos dados buscam identificar, desenvolver e relacionar conceitos.

Nesse estudo foi utilizada a combinação do raciocínio indutivo e dedutivo, pois ao optar-se por realizar entrevistas semiestruturada com servidores executores da PASS, as perguntas da entrevista eram relacionadas as práticas desses profissionais e a relação dessas com os eixos da política esses eixos não foram

construídos pela autora, já estão positivados nas legislações que amparam a PASS, assim de forma dedutiva a informação da conclusão já estava preliminarmente contida nas premissas. Entretanto, as facilidades e dificuldades da implementação da PASS, foram recolhidas de forma indutivamente a medida que emergiam no discurso dos entrevistados.

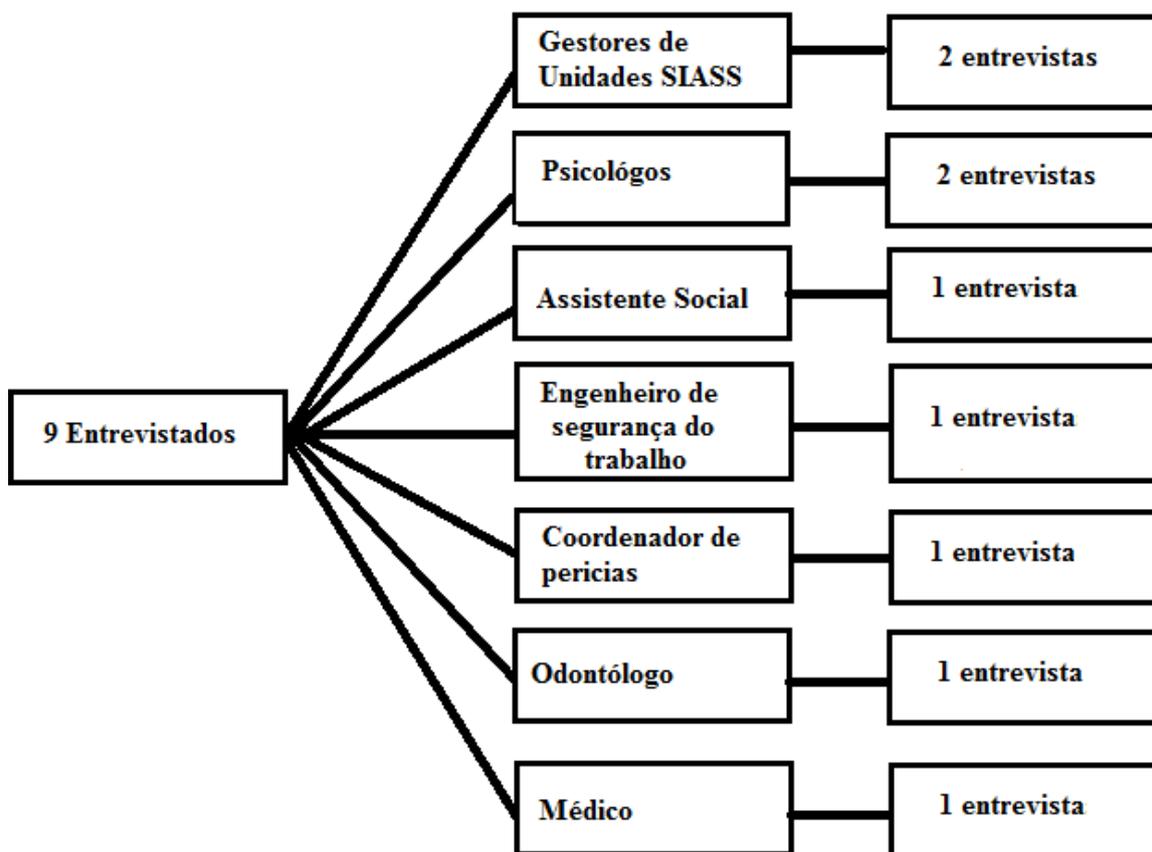
No intuito de atender ao objetivo geral da pesquisa. Ressalta-se que as questões tinham o mesmo significado e dessa forma delimitou-se a teoria emergente sobre a existência de planificação na execução da política. As respostas foram confrontadas com o mesmo conjunto de perguntas e essas refletiram as diferenças entre as vivências na implementação da PASS em cada instituição, bem como os desafios e aspectos facilitadores comuns. A entrevista inicial é trazida no anexo I desse estudo.

Por se tratar de uma pesquisa de opinião com participantes não identificados não houve necessidade da pesquisa ser registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP; atendendo ao Art.1º da Resolução 510/2016 de Ética na Pesquisa que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (Brasil, 2016). Ressalta-se que foram garantidos todos os aspectos éticos da pesquisa, ou seja, objetivo da pesquisa foi apresentado aos participantes que concordaram em participar voluntariamente, tendo sido resguardada a confidencialidade de suas identidades.

A entrevista foi realizada com um grupo reduzido de servidores da equipe multiprofissional (Figura 3). Colheu-se informações de Múltiplas Fontes: peritos (médico e odontólogos), equipe multiprofissional de saúde (psicólogos, assistentes sociais e engenheiros) e gestores de unidade SIASS do país.

Esclarece-se que cargo público aquele ocupado por um servidor público que mantém, com a Administração Pública, vínculo estatutário. Em âmbito federal, os servidores públicos têm como estatuto a Lei nº 8.112/1990, conhecida como “RJU”, ou “Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Civis da União”.

Figura 3 - Relação de entrevistados cargos



Fonte: Elaboração própria da autora desta dissertação (2019).

O conceito de cargo público está previsto na Lei nº 8.112/1990:

Art. 3º. Cargo público é o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor.

Parágrafo único. Os cargos públicos, acessíveis a todos os brasileiros, são criados por lei, com denominação própria e vencimento pago pelos cofres públicos, para provimento em caráter efetivo ou em comissão. (BRASIL, 1990).

Os cargos públicos estão previstos na estrutura organizacional dos entes públicos da administração direta e indireta. Psicólogo, assistente social, engenheiro de segurança do trabalho e odontólogo são cargos públicos ocupados pelos entrevistados e gestor da unidade SIASS e coordenador de perícias são funções de confiança ocupadas por esses servidores. Todos os entrevistados possuem cargo público, aqueles que foram entrevistados devido a ocuparem funções, detêm, respectivamente, os cargos de assistente social, psicólogo e odontólogo. Nas

entrevistas destes servidores, realça-se, foram priorizadas as suas percepções da política sobre o lugar de fala das funções que ocupam.

As funções públicas são o exercício de chefia, direção e assessoramento, de livre provimento e exoneração, porém restritas aos servidores públicos.

Nesses termos a análise das construções ideológicas descrita nesse texto, observou o lugar da fala de cada participante. Essa análise permitiu que se alcançasse os objetivos e realizasse algumas considerações.

A descrição da relação dos cargos e funções dos entrevistados bem como o tempo médio de atuação na PASS é apresentado adiante.

Quadro 4 - Tempo médio de atuação na PASS

CARGO/FUNÇÃO	TEMPO MÉDIO DE ATUAÇÃO NA PASS/SIASS SERVIDOR PÚBLICO
GESTOR DA UNIDADE SIASS	7 ANOS
	5ANOS
PSICOLOGO	6 ANOS
	5ANOS
ASSISTENTE SOCIAL	7 ANOS
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	3 ANOS
COORDENADOR DE PERICIAS	6 ANOS
ODONTÓLOGO	5 ANOS
MÉDICO	7 ANOS

Fonte: Elaboração própria da autora desta dissertação (2019).

Realizou-se levantamento no sítio virtual oficial do SIASS³ do cenário do estudo que é apresentado em seguida.

6.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo contou com entrevista a peritos (médico e odontólogos), equipe multiprofissional de saúde (psicólogos, assistentes sociais e engenheiros) e gestores de unidade SIASS que atualmente estão distribuídas em 134 (cento e trinta e quatro) órgãos da união conforme expresso no quadro abaixo.

³ <https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/index.xhtml>

Quadro 5 - Órgãos federais que sediam unidades SIASS

ÓRGÃOS FEDERAIS	UNIDADES SIASS SEDIADAS NESSE TIPO DE INSTITUIÇÃO
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL	29 unidades distribuídas no País
UNIVERSIDADES FEDERAIS OU INSTITUTOS FEDERAIS DE EDUCAÇÃO	65 unidades distribuídas no País
MINISTÉRIO DA SAÚDE	17 unidades distribuídas no País
MINISTÉRIO DA FAZENDA	5 unidades distribuídas no País
POLICIA FEDERAL	4 unidades distribuídas no País
Outros órgãos Federais*	7 unidades distribuídas no País

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

Nota: * Conjunto de órgãos diferentes que, no país, sediam duas ou menos unidades SIAS.

7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

As considerações que se seguem são reflexões obtidas após a análise dos dados bibliográficos e das entrevistas. Os trechos transcritos, neste capítulo são relatos de situações vivenciadas por servidores atuantes em unidades SIASS do Brasil e foram selecionadas por evidenciar a opinião desses servidores em relação às fragilidades e pontos positivos da execução da política de atenção a saúde do servidor.

Os dados levantados pelo portal SIASS, instituído pelo Decreto nº 6.833 – de 29/04/2009 com finalidade de coordenar e integrar ações e programas da PASS nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional e as entrevistas; demonstram que no executivo existem diferentes situações entre os órgãos no que diz respeito a desafios e potencialidades a exemplo: Órgãos sem qualquer atuação na área de saúde, outros que desenvolvem algumas ações com limitações de recursos e órgãos com serviços bem estruturados.

Percebeu-se, também que dentre os órgãos que possuem unidades SIASS, a maioria realizam atividades centradas na atuação do pericial, sem atividades de promoção, ou desenvolvem ações de promoção de forma descontínua, pontual e isolada das outras políticas de valorização ao servidor público e o levantamento realizado até março de 2019 demonstrou que dentre os 134 (cento e trinta e quatro) órgãos possuem unidades de atenção a saúde do servidor, apenas 40 possuem pelo menos um programa de promoção a saúde registrado e 48% dos órgãos que cediam as unidades são instituições federais de ensino técnico ou superior.

7.1 AVALIAÇÃO DA PASS: UM OBJETIVO A SER CONQUISTADO

Os dados demonstram que apesar do Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor (DESAP), declarar, até os dias atuais, no Portal oficial do SIASS que a PASS é uma construção coletiva – por meio das contribuições dos servidores, e que isso é marca desse Departamento para a consolidação da política.

A busca por informações e dados sobre instrumentos utilizados na avaliação da PASS e quais os problemas que estavam sendo apontados como dificultadores da implementação dessa política revelou que até a março de 2019 foram construídos uma amplitude de documentos, notas técnicas, portarias normativas voltadas a construir e descrever estratégias de implantação e artigos, e pesquisas, a maioria realizada por executores da política, trazendo a trajetória de implementação da PASS em Instituições públicas federais. O campo da avaliação da PASS demonstrou ser bastante árido, tendo sido encontrado apenas um artigo que possuía como tema aproximado a avaliação da política de atenção a saúde de servidor a PASS. Na verdade, o artigo “SISTEMA DE GESTÃO DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO: UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE PARA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL BRASILEIRA” de Fonseca e Fermama, publicado na Revista Eletrônica Sistemas & Gestão trouxe como conclusão a necessidade de haver uma avaliação na execução dos serviços de saúde e segurança do trabalho, bem como propôs uma forma de fazê-lo frente a inexistência de monitoramento e avaliação dessas ações.

7.2 IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DA CONGRUÊNCIA ENTRE AS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DO SIASS E OS EIXOS DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR

A seguir apresenta-se os primeiros resultados e sua discussão. Inicialmente serão observados os resultados relativos a identificação e descrição das práticas dos entrevistados, procurou-se relacionar essas aos eixos da PASS. E, por fim, são abordados os facilitadores e dificultadores da implementação da PASS a partir da perspectiva dos participantes.

De modo geral, os profissionais das equipes de saúde do SIASS acreditam que as atribuições inerentes aos seus cargos são, em si mesmas, são congruentes com os eixos da política de atenção à saúde do servidor e descrevem como praticas pertinentes a seus cargos dentro da política:

ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS DOS CARGOS E FUNÇÕES NA PASS	
CARGO/FUNÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Gestor da Unidade SIASS	Função

- a) Coordenar a equipe multiprofissional e de perícia na realização de estudos epidemiológicos e de outras naturezas que orientem as práticas e programas oferecidos pela unidade,
- b) Receber e registrar no sistema SIASS os atestados de saúde
- c) Realizar agendamento de perícia,
- d) Gerir as alterações na agenda da equipe multiprofissional e de perícia,
- e) Gerir eventos e programas de promoção à saúde.
- f) Participar e executar atividades da unidade SIASS, previamente acordadas.
- g) Realizar pesquisa para propor capacitação e atualização dos servidores;
- h) Encaminhar o servidor, quando houver indicação ou necessidade, aos programas de promoção de saúde e qualidade de vida no trabalho;
- i) Propor, gerir e/ou executar programas de promoção de saúde e qualidade de vida no trabalho;
- j) Orientar os servidores quanto aos processos administrativos requeridos a unidade de atenção a saúde e de promoção à qualidade de vida no trabalho do servidor.
- k) Orientar servidor quanto a direitos e benefícios previdenciários.

ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS DOS CARGOS E FUNÇÕES NA PASS	
CARGO/FUNÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Coordenador de Perícia	Função

- a) Receber e registrar no sistema SIASS os atestados de saúde,
- b) Realizar agendamento de perícia,
- c) Organizar escala de trabalho dos peritos no campus,
- d) Organizar juntas periciais
- e) Coordenar visitas domiciliares e hospitalares
- f) Apoiar e participar de eventos de promoção à saúde.

- g) Emitir relatórios ao gestor da unidade SIASS e/ou ao dirigente máximo da Instituição sobre prevalências.

ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS DOS CARGOS E FUNÇÕES NA PASS	
CARGO/FUNÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Médico perito	Cargo

- a) Realizar perícias singulares, hospitalares, domiciliares e participar de Juntas;
- b) Atuar como assistente técnico em perícias judiciais, se a Administração Pública Federal for uma das partes;
- c) Realizar exame médico pericial para caracterizar deficiência nos aprovados em concurso em vagas de pessoa com deficiência e
- d) Participar, quando designado, da equipe multiprofissional que irá adequar e acompanhar o servidor com deficiência.

ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS DOS CARGOS E FUNÇÕES NA PASS	
CARGO/FUNÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Odontólogo perito	Cargo

- a) Realizar perícias odontológicas singulares ou por juntas;
- b) Atuar como assistente técnico em perícias judiciais, se a Administração Pública Federal for uma das partes.

ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS DOS CARGOS E FUNÇÕES NA PASS	
CARGO/FUNÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Engenheiro de Segurança do Trabalho	Cargo

- a) Elaborar e acompanhar as ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho;
- b) Elaborar Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho – LTCAT;
- c) Analisar, investigar e registrar, os acidentes de trabalho, inclusive os de trajeto;
- d) Especificar Equipamentos de Proteção Individual e/ou Coletiva; EPI's / EPC's;

- e) Ministrar Treinamentos de Segurança do Trabalho;
- f) Atuar em conjunto com outros profissionais da Equipe de Vigilância e promoção da Saúde do Servidor;
- g) Avaliar, mediante solicitação, o ambiente, o processo e as condições de trabalho;
- h) Avaliar os processos de concessão de adicionais de insalubridade, periculosidade e outros adicional a que o servidor estiver exposto, conforme a legislação vigente.
- i) Elaborar pareceres especializados na área de Engenharia de Segurança do Trabalho.

ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS DOS CARGOS E FUNÇÕES NA PASS	
CARGO/FUNÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Assistente Social	Cargo

- a) Planejar, avaliar e elaborar planos, programas e projetos considerando aspectos sociais, que contribua para promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho do servidor;
- b) Realizar atendimento e orientação social a servidores e seus familiares;
- c) Encaminhar servidores e familiares para ações e programas relacionados à saúde e qualidade de vida no trabalho, desenvolvidos pela instituição e/ou aos recursos sociais disponíveis na comunidade;
- d) Planejar, executar e avaliar pesquisas referentes a saúde e qualidade de vida no trabalho que possam contribuir para a análise da realidade social e subsidiar ações profissionais e da gestão;
- e) Elaborar relatórios, pareceres sociais visando à análise dos aspectos sociais que interfiram na situação de saúde do servidor e/ou de pessoa da família, tendo autonomia na escolha dos instrumentos consoante as técnicas e éticas da profissão;
- f) Organizar e participar de eventos e/ou comissões sobre políticas sociais relacionadas à saúde e qualidade de vida no trabalho;
- g) Proceder à avaliação social para subsidiar a decisão pericial;

- h) Prestar assessoria e consultoria a administração sobre aspectos sociais que interfiram na situação de saúde do servidor e/ou de pessoa da família;
- i) Realizar avaliação social de pessoa com deficiência, com base nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde - CIF;
- j) Integrar equipes multiprofissionais respeitando as suas especificidades, limites legais, técnicos e normativos e também das outras profissões.

ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS DOS CARGOS E FUNÇÕES NA PASS	
CARGO/FUNÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Psicólogo	Cargo

- a) Fornecer parecer especializado para subsidiar as decisões da Administração Pública Federal, da unidade de atenção à saúde do servidor e/ou perícia utilizando o exame psicológico, com instrumentos padronizados, respeitando a autonomia profissional, e/ou entrevistas psicológicas para fornecimento de laudos ou pareceres que subsidiem
- b) Realizar avaliação psicológica sobre a dinâmica familiar e as relações psicossociais vivenciadas pelo servidor em sua família, com finalidade de subsidiar as decisões da Administração Pública Federal, da unidade de atenção à saúde do servidor e/ou perícia;
- c) Propor programas de promoção de saúde, prevenção de doenças, qualidade de vida e desenvolvimento de competências psicossociais e emocionais, respeitando a autonomia profissional;
- d) Gerir programas de promoção de saúde, prevenção de doenças, qualidade de vida e desenvolvimento de competências psicossociais e emocionais, respeitando a autonomia profissional;
- e) Encaminhar o servidor, quando houver indicação ou necessidade, aos programas de promoção de saúde, prevenção de doenças, qualidade de vida e desenvolvimento de competências (comportamentais, educativas e emocionais);
- f) Avaliar do ponto de vista psicológico, ambiental e psicossocial os servidores que apresentem problemas de relacionamento no local de trabalho;

- g) Participar, quando convocado da equipe multiprofissional na avaliação dos candidatos com deficiência, aprovados em concurso público;
- h) Avaliar os candidatos, com deficiência, aprovados em concurso público quanto às aptidões para o exercício do cargo, função ou emprego;
- i) Sugerir lotação para promover adequações na relação psico-ambientais e psicossociais do servidor, quando necessário;
- j) Acompanhar o tratamento de saúde do servidor ou de pessoa de sua família, quando necessário ou indicado pela perícia;
- k) Realizar pesquisa científica e/ou de diagnóstico organizacional e divulgar as informações para o desenvolvimento de programas de promoção de saúde, prevenção de doenças, qualidade de vida e desenvolvimento de competências psicossociais;
- l) Avaliar, quanto a possíveis vulnerabilidades psico-ambientais e psicossociais, as atividades do servidor no local de trabalho;
- m) Acompanhar o cumprimento das recomendações, em caso de restrição de atividades, nos quais emitiu parecer ou que estiver acompanhando o servidor;
- n) Orientar os gestores na adequação do ambiente, das relações socioprofissionais e dos processos de trabalho de servidores que vivenciem vulnerabilidades psicológica;
- o) Encaminhar o servidor ou seu dependente legal para atendimento por outras especialidades que julguem necessário;
- p) Realizar atendimento e orientação psicológica ao servidor e/ou familiares;
- q) Orientar e dar suporte psicológico ao servidor em seu afastamento ou retorno ao trabalho.
- r) Realizar avaliação de pessoa com deficiência, com base nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde –CIF
- s) Organizar e participar de eventos e/ou comissões sobre políticas de atenção à saúde e qualidade de vida no trabalho

É importante ressaltar que as práticas descritas refletem atuações com as quais os entrevistados mantêm relação indenitária. Os entrevistados acreditam que o profissional ocupante daquele cargo ou função deveria realizar as atividades descritas.

Quadro 6 - Percepções sobre atuação na Política sobre a visão dos entrevistados

CARGO/FUNÇÃO	PERCEPÇÕES SOBRE ATUAÇÃO NAS FALAS DOS ENTREVISTADOS
GESTOR DA UNIDADE SIASS 1	“...sinto que minha função é meramente administrativa, eu tenho um cargo, eu coordeno as atividades, devido a equipe reduzida tenho pouca oportunidade de planejar e gerenciar.”
GESTOR DA UNIDADE SIASS 2	“Nossa equipe é muito pequena não temos como planejar a política, apago o fogo do dia a dia, organizo agenda dos peritos, da equipe multiprofissional, coordeno as atividades do engenheiro, encaminho demandas de promoção a saúde para equipe, mas o foco é organizar as perícias da nossa unidade e dos partícipes”
PSICÓLOGO 1	“Nossa, lamento apenas ser sozinha... mas organizo várias ações educativas em saúde e programas de apoio psicoemocionais para servidores muito tempo afastados”
PSICÓLOGO 2	“Temos uma grande prevalência de casos de saúde mental, atuo muito com aconselhamento psicológico e apoio a perícia”
ASSISTENTE SOCIAL	“Meu papel é fundamentalmente é orientar o servidor quanto seus direitos previdenciários sobre os direitos sociais” “...faço emissão de pareceres para subsidiar a perícia...”
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	“Trabalho com a questão de segurança do trabalho, emissão de LTCAT ⁴ , concessão de adicional de insalubridade” “acredito que posso fazer muito mais, mas não sozinho.”
COORDENADOR DE PERÍCIAS	“Minha função é organizar os agendamentos de perícias e como também sou perito realizar algumas”
ODONTÓLOGO	“Eu realizo perícias, queria implantar o exame periódico odontológico, mas a instituição não disponibiliza recurso para isso...”
MÉDICO	“Eu realizo perícias dos servidores”

Fonte: Elaboração própria da autora desta dissertação (2019).

Entretanto relatam que não fazem tudo o que foi descrito, seja devido à falta de mais profissionais da área ou de investimentos da Instituição, percebe-se que não existe uniformidade dos serviços prestados pelas unidades SIASS abordadas nesta pesquisa. Além disso, observa-se que as práticas estão muito mais voltadas

⁴ Laudo Técnico das Condições de Trabalho.

para o eixo vigilância e perícia, ou seja, parece que as ações da APF ainda são incipientes com relação aos eixos de promoção à saúde.

Nesse sentido, observou-se que as falas evocam um forte elemento cultural, pois como foi descrito no terceiro capítulo, a trajetória histórica dos serviços de saúde brasileiros foi pautada, em sua maior parte, no modelo biomédico, hospitalocêntrico e parece que essa tradição persiste nas ações voltadas à saúde do servidor, mesmo havendo uma política que direciona as ações para promoção da saúde.

Uma hipótese plausível é a de que o regime jurídico único proposto pela lei 8112/90, contribui afastando a possibilidade de uma avaliação interdisciplinar e, ainda ignora a autonomia dos outros profissionais dispostas, por exemplo na Resolução do CFP nº015 de 1996 e nas Resoluções nº 464, 465, 466 do COFFITO. A fala a seguir ilustra essa consideração:

Não posso dizer que não vou receber o atestado de outros profissionais, mas se recebo um atestado de um psicólogo para avaliar, por exemplo, como é meu direito solicitar outros documentos que subsidiem a minha decisão, eu sempre peço ao servidor que traga um relatório do psiquiatra ou apresente outros documentos, receita de alguma medicação... é como eu digo, na relação pericial, é o periciado que tem que provar para mim o adoecimento dele, é diferente de assistência... Respeito a práticas de outros profissionais, mas não baseio minhas decisões só nisso. (ENTREVISTADO 9).

Para fortalecer o entendimento de que o eixo de promoção à saúde não recebe destaque prometido pela PASS, para além do testemunho dos servidores, foi possível observar que no sítio virtual do SIASS dentre as instituições que possuem unidades de atenção à saúde do servidor, apenas 30% (trinta por cento) registraram algum programa de promoção a saúde.

Entre os programas registrados visualizasse maior inserção em ações voltadas à educação em saúde, à prevenção dos riscos, agravos e danos à saúde do servidor e ao controle de determinadas doenças.

Isso não é equívoco, desde que as finalidades estejam relacionadas ao que determina o Art. 4º da PORTARIA NORMATIVA Nº 3, DE 25 DE MARÇO DE 2013 que institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, a saber:

Art. 4º 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, em consonância com os esforços governamentais de construção de uma cultura de valorização da saúde para redução da morbimortalidade, por meio de hábitos saudáveis de vida e de trabalho. (BRASIL, 2013).

Essa realidade demonstra que a melhoria dos ambientes, da organização e do processo de trabalho são negligenciadas.

7.3 ASPECTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES DE IMPLEMENTAÇÃO DA PASS

7.3.1 Considerou-se como aspectos facilitadores da implementação da política

- As equipes possuem objetivos claros quanto às suas metas.

Demonstrou-se que os profissionais atuantes da política acreditam na função social do seu trabalho.

“...eu queria que a gestão valorizasse essa política tanto quanto eu valorizo...mas entre gestor sai gestor meu objetivo é promover saúde no espaço de trabalho. Isso é que é importante o resto a gente vai levando” (ENTREVISTADO 7)

“...eu me sinto fazendo parte de algo muito importante, esse espaço tratasse de pensar a saúde das pessoas em seu ambiente de trabalho” (ENTREVISTADO 9)

“... a gente se chateia com o que acontece no nosso dia a dia, nem sempre o servidor nos entende, nem sempre a gestão nos entende, mas no final trabalhar com a saúde e segurança sempre foram meus objetivos e os profissionais desse setor estão sempre alinhados a isso, cada um na sua caixinha, mas todos com a mesma ideia” (ENTREVISTADO 6)

“...da boca para fora todo mundo diz que é importante qualidade de vida no trabalho, na prática confunde com recreação e outras coisas, mas aqui no nosso setor é que política que isso é levado a sério” (ENTREVISTADO 3)

O fato das equipes mostrarem que possuem objetivos claros quanto às suas metas permite o alinhamento da visão e da estratégia aos objetivos da política segundo (KAPLAN; NORTON, 1997).

Os autores permitem, ainda, afirmar que dessa forma existe possibilidade de melhoria contínua, pois a assimilação dessas metas trará um engajamento maior por parte das equipes executoras.

- Os profissionais atuantes tendem a aceitar e acreditar nos papéis que lhes são atribuídos dentro da política.

“... a PASS é linda (risos), assim como a 8.0805 é linda, linda. Não tenho o que falar da PASS, eu acho importante, meu papel na PASS tanto o do meu cargo quanto o da minha função...o problema é quando sai do papel para a prática, mas acredito muito é aqui que se para por um instante e se olha para o servidor como um ser humano” (ENTREVISTADO 2)

“...a existência da PASS é um exercício ético, pois o Estado explora a mão de obra do servidor, garantir que esse servidor exista em um ambiente que preza pela qualidade de vida no trabalho é atuar como exemplo para iniciativa privada, é o Estado atuar como regulador que cobra e mostra como o trabalhador deve ser tratado. Enquanto eu puder e estiver nesse local farei de tudo para, apesar das diversidades, atuar da melhor maneira possível.” (ENTREVISTADO 2)

Atualmente o trabalho também é visto como atividade prazerosa e de realização pessoal. Nessa perspectiva, o trabalho torna-se um propósito para vida, no qual é possível aprender e desenvolver habilidades (SCHAUFELI, DIJKSTRA e VAZQUEZ, 2012).

Os autores supracitados desvelam, ainda, que trabalhar com envolvimento promove satisfação e vigor no trabalho e por consequência os trabalhadores dedicam-se mais às atividades.

7.3.2 Considerou-se como aspectos dificultadores

- As relações de poder na equipe multiprofissional de promoção a saúde.

A vida coletiva deve ser observada, segundo Hannah Arendt, sob duas perspectivas: o discurso e a ação: a primeiro aludi às intenções, às ideologias, às

⁵ Referindo-se a Lei Nº 8.080/90. SUS que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

leis e ao discurso que formalmente individualiza um determinado grupo, seus processos normativos e a justificativa oficial para existência social deste grupo; enquanto a segunda refere-se às dinâmicas cotidianas, que tem funcionamento próprio e ocorrem independente do discurso e da ideologia oficial que ampara o grupo. O “espaço de aparência” descrito por Arendt é a descrição do fenômeno que decorre do estabelecimento das relações de poder inerentes a ação dos homens e de como se veem. (ARENDR, 2008, p.211). Na perspectiva percebe-se que entre o discurso oficial sobre a política de atenção à saúde do servidor, e a forma como essa política é posta em prática nas instituições existe um abismo ideológico.

Realça-se que os princípios nos quais a PASS está pautada, o discurso oficial é que deve ser baseada na construção continuada e prestação de serviços fundamentado na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe, integrando diferentes formações/ áreas técnico-profissionais; visar a valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito.

Para Ferreira (2011) esses objetivos só podem ser alcançados com estímulo à participação dos servidores no planejamento, na execução e na avaliação das ações. Como resultado da implementação desses conceitos na prática, espera-se o compartilhamento das responsabilidades no trabalho em equipe, com abordagem interdisciplinar, ocasionando a redução dos conflitos entre os profissionais. A liderança emergiria do encontro entre os diversos membros da equipe, cuja divisão de responsabilidades, nos serviços de saúde e nas práticas de atenção, manifestar-se-á enquanto ação no trabalho conjunto para: a promoção da saúde do trabalhador, recuperação, adaptação do servidor ao ambiente de trabalho.

- As equipes têm dificuldades para tomar decisões sobre os programas, projetos e/ou atividades a serem implementados

“É sempre um processo de tentar convencer a gestão do que é importante, quando muda então, tem que começar tudo de novo, explicar qual é nosso papel” (ENTREVISTADO 1)

“...no imaginário da gestão é que QVT é isso, organizar caminhada, oficina de ginástica laboral então a gente faz o que eles querem. Quando a gente começa a

mudar a cabeça a sensibilizar sobre a importância de atuarmos nos processos de trabalho.... Muda o gestor, muda tudo” (ENTREVISTADO 4)

“Estamos sempre começando do zero, e o gestor novo as vezes já vem achando que nosso papel é perseguir... é por isso que eu acho que a gente do SIASS deveria ser de fora da instituição e ser administrado por alguém de fora, diretamente pela SGP do ministério da economia, tem que ter alguém que entenda de verdade do SIASS” (ENTREVISTADO 9)

- Gestão de aparência

A relação entre gestão e gerência dos serviços da PASS prejudicam o estímulo e a participação dos servidores no planejamento, na execução e na avaliação das ações.

Para exemplificar essa situação é necessário recordar que a Saúde do Trabalhador na Constituição Federal de 1988 está definida como parte do direito à saúde prevista no Sistema Único de Saúde (SUS), foi feito um estudo comparativo com os termos gerência" e "gestão" no SUS, pois PASS isto não está esclarecido.

No âmbito do SUS, "gerência" e "gestão" de uma unidade de serviços de saúde têm significados diferenciados. A “gerência” corresponde às atividades de administração da unidade de saúde prestadora de serviços ao SUS, que são próprias e privativas de quem detém o seu direito de propriedade – ou seja, o ente público ou privado que a instituiu e a mantém.

A gerência é exercida pelos dirigentes, dotados de poderes de direção e gerenciamento de suas estratégias e meios, incluindo pessoal e recursos orçamentários/financeiros, logísticos e tecnológicos. Assim dispõe o § 1º do art.61 da PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, PTC MS/GM, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde

§ 1º Para fins deste Capítulo, conceitua-se gerência, nos termos do Pacto pela Saúde - 2006, como a administração de uma unidade ou órgão de saúde que se caracteriza como prestador de serviços no SUS. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 2º, § 1º) (BRASIL, 2017).

A gerência de uma unidade de saúde pública é exercida pela autoridade pública, detentora de um cargo de direção na estrutura de Governo. Na entidade privada, a gerência será exercida por seus dirigentes privados.

A gerência da Unidade SIASS é exercida pelo gestor máximo da Instituição na qual a unidade SIASS está inserida e a PASS é uma atividades-meio, ou seja, é aquela que não está relacionada, diretamente, com a atividade-fim, que são as atividades essenciais e o seu objetivo expresso no contrato social da Instituição,

O termo “gestão” é utilizado no âmbito do SUS para nominar as funções de comando ou direção do sistema de saúde que cabe aos gestores do SUS, em todas as esferas de Governo. Compreende o planejamento, a coordenação, a avaliação, o controle e a auditoria das ações e serviços de saúde locorregionais.

Nas unidades SIASS a gestão é exercida, usualmente, por um profissional de saúde indicado pelo gestor máximo da Instituição. Esse é gestor responsável pela coordenação dos trabalhos das equipes técnicas, apenas. O gestor da unidade SIASS realiza apenas a organização e controle das atividades

A maioria das unidades gestoras do Sistema da Atenção à Saúde estão em instituições federais de ensinos ou em gerências do ministério da saúde, os entrevistados atribuem isso à serem instituições nas quais os planos de carreira dessas instituições contemplam cargos de médico, psicólogo, assistente social e engenheiros de segurança do trabalho e outros profissionais da saúde.

Os profissionais atuantes na política são contratados através de concurso público e, como a política de atenção à saúde é entendida como objetivo estratégico das Instituições, atividade-meio, e não como finalidade de atuação, usualmente os servidores da política vivenciam desvalorização e condições mínimas de trabalho, uma vez que a maior parte dos recursos são destinados às atividades-fim da Instituição. O poder é exercido verticalmente, dos gerentes para os gestores e destes para os profissionais, gerando tensão nas relações interpessoais e contribuindo para a falta de confiança entre todos – quadro dicotômico ao considerado positivo nos pressupostos arendtianos.

Além disso, existe, nesse contexto, um acúmulo de atividades administrativas, e usualmente, as funções remuneradas são designadas para suprir essa falta de pessoal nas atividades administrativa. Além disso, a gestão da unidade ocorre de

forma impositiva do gerente da Instituição e não uma liderança genuína nos termos arendtianos.

O poder não ocorre de forma compartilhada, com corresponsabilidade nas ações de promoção de saúde, interferindo negativamente na criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito, conforme o preconizado dentro do modelo teórico arendtiano.

“Eu estou gestora... livre nomeação e livre exoneração, eu estou gestora (risos) sabemos do hoje, muda a gestão vem outra pessoa é assim os ciclos das funções, livre nomeação e livre exoneração, sempre tem a dança das cadeiras” (ENTREVISTADO 2)

“... a gente sofre muita pressão para quando a gestão não gosta dos pareceres da equipe, mas fazer o que? Função a gente pode perder, mas pelo menos, continuamos servidores..., mas me sinto perseguida as vezes e sempre tem retaliações” (ENTREVISTADO 2)

Os profissionais, também afirmam que a cada mudança de gerência da Instituição ficam apreensivos sobre a manutenção de suas atividades na política ou a manutenção da equipe.

“...chega o reitor novo a gente não sabe se vai manter ou não a equipe, o Diretor do campus pede o servidor para atuar na assistência estudantil e aí... a equipe acaba perdendo o profissional devido a alegação de que o público alvo da instituição de ensino é o discente e ele tem prioridade...” (ENTREVISTADO 1)

Esta forma de pressão política fragiliza a continuidade da equipe. Alguns profissionais expressaram que a sua atuação no setor tem a duração de um mandato. Estas questões concernentes à política de recursos humanos promovem a descontinuação das ações e garantem a conformidade das ações de acordo com os interesses da gestão vigente, que usualmente priorizam apenas a perícia médica. Arendt descreve a tirania como uma relação humana que se fundamenta:

[...] no isolamento – o isolamento do tirano em relação aos súditos, e dos súditos entre si através do medo e da suspeita generalizada [...] a condição humana de pluralidade, o fato de que os homens agem e falam em conjunto, que é a condição de todas as formas de organização política... embora a tirania se caracterize sempre pela impotência dos seus súditos, privados da capacidade humana de agir e falar em conjunto, não é necessariamente caracterizado pela fraqueza e esteridade. (ARENDR, 2008, p.214-5).

A autora afirma que “[...] a tirania é incapaz de engendrar suficiente poder para permanecer no espaço de aparência, que é a esfera pública; ao contrário tão logo passa a existir gera a semente de sua própria destruição” (ARENDT, 2008, p.215).

Como reflexo do contexto apresentado, equipe multiprofissional de atenção a saúde do trabalhador atua distante do trabalho integrado, horizontalizado e consonante aos seus preceitos fundamentais, uma vez que a relação humana e as relações de poder advindas desta são sustentáculos para o bom funcionamento, conforme o modelo teórico adaptado anteriormente neste trabalho.

“Nós sabemos que realizamos práticas de ofurô corporativo, como diz o Mario César⁶, mas no imaginário da gestão, QVT é isso, organizar caminhada, oficinas de ginastica laboral. Então a gente faz o que eles querem e tenta implementar o que sabe que é certo, mas só somos reconhecidos pelos acessórios” (ENTREVISTADO 7)

Este panorama é distante da relação de poder genuína preconizada por Arendt, assim como para a proposta de trabalho da PASS.

“Nem adianta pedir servidor... quando é interesse da gestão mandam... a gente já teve equipe aqui de 30 pessoas, hoje somos só 5 se virando para dar conta de tudo” (ENTREVISTADO 5)

Os servidores por outro lado, olham a equipe de médicos peritos como inquisidores que os tratam com desconfiança. Passam a não desejar ser atendidos por determinado profissional e quando se trata de profissionais na mesma instituição, a depender da relação do servidor com os gestores atuais, exercem influência política, fazem denúncia, verdadeiras ou não, provocando insatisfação e desejo de distanciamento entre os profissionais de saúde da equipe.

“Eu me sinto muito inseguro... pois a relação de perito é de duvidar... então as vezes sou mal interpretado na hora de fazer perguntas... tem uns servidores que se revoltam e eu me sinto coagido... nesses casos o perito perde a impessoalidade...não vejo a instituição preocupada com a segurança dos peritos” (ENTREVISTADO 9)

⁶ Psicólogo, doutor em ergonomia, autor do livro “Qualidade de Vida no Trabalho. Uma Abordagem Centrada no Olhar dos Trabalhadores”.

“...os médicos são eles lá nós cá, eles dizem que a gente passa mão na cabeça de servidor e eles agem sem olhar o contexto, também é bom haver a separação para os servidores não acharem que a equipe de promoção é perícia eles são tão mal vistos por todos tanto pela gestão quanto pelos servidores atendidos, são vistos como desumanos” (ENTREVISTADO 4)

O que equaliza um pouco essa relação é o fato de todos serem servidores ativos permanentes (contratados através de concurso público).

“...sinto que as vezes a gestão interfere no nosso trabalho, principalmente quando se trata de remoção por motivo de saúde, mas fazer o que? No final é aguentar firme pois gestor passa... as nossas solicitações como servidores as vezes ficam até prejudicadas (pedido de capacitação, de cursos essas coisas) eu faço como a minha profissão manda fazer, ser servidora pública é bom por isso...” (ENTREVISTADO 3)

Para Arendt, a coerência entre a ideologia e a ação é fundamental. A desarmonia entre estas promove a violência. “O poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são vazias e os atos não são brutais, quando as palavras não são empregadas para violar e destruir, mas para criar relações e novas realidades” (ARENDR, 2008b, p.212).

O modelo teórico empregado preconiza o exercício do acolhimento, por meio de estratégia de participação da equipe no planejamento e avaliação da ação, porém isso não foi percebido na prática dos servidores entrevistados.

“... a gente faz resistência, mas a nossa decisão não é livre sempre vai de tom do que a gestão quer... vemos muita coisa ser judicializada, mas a gente orienta os peritos para dançar conforme a música...estar num cargo de confiança fica sempre aquele jogo implícito” (ENTREVISTADO 1)

“... as vezes (*o gestor da unidade*) vem conversar sobre conceder certas coisas para servidor x ou y, vindo já do dirigente máximo, tentando resolver questões administrativas através da perícia. Isso acontece muito em casos de remoção por motivo de saúde, a gente não sede... ajustes através de perícia não acontece aqui, mas é o tal negócio, existe a pressão...” (ENTREVISTADO 9)

“...no imaginário da gestão é que QVT é isso, organizar caminhada, oficina de ginástica laboral então a gente faz o que eles querem. Se a gente não a coordenação do setor fica pontuando que a gente não faz nada” (entrevistado 4)

- Contínuas mudanças da cultura organizacional

Os entrevistados afirmam que gostariam de trabalhar a QVT nos moldes da abordagem, denominada por Ferreira (2011), de Contra Hegemônica. Esta abordagem se intitula contra-hegemônica, com base na Ergonomia da Atividade, por diversas razões. A primeira delas, a principal, é que ela busca se distinguir teórica, metodológica e eticamente do padrão de tratamento que a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) que tem sido, majoritariamente, conduzido nas organizações públicas e privadas. A segunda razão, não menos importante, é que a nossa abordagem contra-hegemônica se filia a uma concepção sociohistórica e dialética na compreensão da tríade indivíduo-trabalho-organização (FERREIRA, 2011).

Quadro 7 - distinções básicas entre as abordagens de QVT

DISTINÇÕES BÁSICAS ENTRE AS ABORDAGENS DE QVT	
FOCO DA QVT ASSISTENCIALISTA	FOCO DA QVT PREVENTIVA
O indivíduo é variável de ajuste organizacional. A ênfase é aumentar a sua resiliência para enfrentar as fontes da fadiga e do estresse no trabalho	As tarefas, contexto de trabalho e seus componentes (condições, organizações e relações socioprofissionais de trabalho devem ser adaptados pelos trabalhadores
QVT é responsabilidade individual, cada trabalhador tem obrigação de sozinho, alcançá-la e preservá-la	QVT é tarefa de todos, obra coletiva e fruto de políticas e programas institucionais.
Alavancar positivamente a relação custo-benefício, visando o aumento da produtividade e melhoria da qualidade de produtos e serviços	Buscar o alinhamento entre bem-estar no trabalho e a eficiência e a eficácia dos processos produtivos. Preconiza adoção do ideal de “produtividade saudável”

Fonte: Ferreira (2009).

Entretanto desvelam que a cada mudança de gestão são obrigados a explicar que a PASS foi pensada de forma que sua implantação buscasse a melhoria dos ambientes, da organização e do processo de trabalho e não como um projeto de

práticas recreativas e de alívio do estresse para aumentar a resistência à fadiga. Esse pressuposto está descrito na Portaria Normativa nº 3 de 2013:

Art. 3º A concepção que fundamenta estas diretrizes prioriza ações voltadas à educação em saúde, à prevenção dos riscos, agravos e danos à saúde do servidor, ao estímulo dos fatores de proteção da saúde e ao controle de determinadas doenças.

Art. 4º 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, em consonância com os esforços governamentais de construção de uma cultura de valorização da saúde para redução da morbimortalidade, por meio de hábitos saudáveis de vida e de trabalho. (BRASIL, 2013).

Ferreira (2011) preconiza o enfoque de QVT assistencialista veicula implicitamente, uma concepção reificada do indivíduo, do trabalho e das organizações. Entretanto o enfoque de QVT assistencialista, também se desvela como uma ferramenta para manter os indivíduos trabalhando em busca frenética de metas de produtividade e se desvelam como ações estratégias de sedução gerencialista.

“...no imaginário da gestão é que QVT é isso, organizar caminhada, oficina de ginástica laboral então a gente faz o que eles querem.” (ENTREVISTADO 4)

“...o que importa no relatório de gestão não são as ações que o setor executou, não questionam o ambiente de trabalho do servidor, o que importa é se fazemos ginástica laboral, shiatzu, caminhada, programa de preparação para aposentadoria e quantas perícias foram feitas...” (ENTREVISTADO 2)

Essas afirmações desvelam que a ausência de autonomia sobre a gestão da política, pois de fato a política não é gerida pelos atores executores e sim pelos dirigentes da Instituição, é um aspecto percebido como negativo na implementação da política pelos atores executores, e ainda como um fator estressor no ambiente de trabalho.

A dificuldade de buscar, como concepção da política a melhoria dos processos reflete-se nas ações de vigilância e perícia

“... percebo que a perícia é utilizada por alguns servidores como espaço para provar as dificuldades de relação nos ambientes de trabalho... se fosse investido

mais em promoção a saúde não teríamos tanto afastamento por CID F⁷” (ENTREVISTADO 9).

- Heterogeneidade das remunerações

Os gestores das unidades nas instituições recebem valores de retribuições diferentes. Uns recebem remuneração dos Cargos de Direção das Instituições Federais de Ensino (CD) podendo ser de qualquer categoria (exceto a CD 1, destinadas aos reitores), outros recebem algum tipo de Função Gratificada (FG) os cargos de Direção e Assessoramento Superior (DAS)

Os valores de cada retribuição, como foi exposto, são diferentes e dependem da disponibilidade e interesse da gerência da Instituição. As instituições possuem acesso limitado a essas designações, usualmente as melhores retribuições são destinadas as atividades-fim, o que não é o caso dos gestores das unidades SIASS.

Além, disso as funções gratificadas são de livre nomeação e exoneração, assim alguns gestores ficam mais interessados em executar a visão da gerência da Instituição em detrimento do positivado pela PASS, mesmo que entendem as divergências entre essas visões.

“...o que importa no relatório de gestão não são as ações que o setor executou, não questionam o ambiente de trabalho do servidor, o que importa é se fazemos ginástica laboral, shiatzu, caminhada, programa de preparação para aposentadoria e quantas perícias foram feitas, qualitativamente nada é avaliado...” (ENTREVISTADO 2)

- Orçamento

Os setores de promoção utilizam para suas ações o orçamento destinado a capacitação dos servidores. Todos os entrevistados manifestaram que em suas instituições o setor não possuía orçamento próprio.

“As ações de promoção de saúde são muito descentralizadas só ocorrem na sede deveria ocorrer em todos os lugares..., mas eu entendo, não tem orçamento,

⁷ O Capítulo V da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID descreve com F00 a F99 os Transtornos mentais e comportamentais.

as vezes dizem que não tem dinheiro nem para diárias e passagens” (ENTREVISTADO 9)

“As ações de promoção a saúde só ocorrem aqui... deveria ter uma equipe em cada campi, não tem e nós não somos onipresentes vamos uma vez ou outra, fazemos atividades pontuais que acreditamos ser eficazes na medida do possível, mas é o gestor que deve investir em ter uma equipe de promoção a saúde nos campi” (ENTREVISTADO 5)

A legislação não prevê orçamento próprio para execução da política conforme Art. 18 da portaria normativa nº 3, de 25 de março de 2013, que preconiza que cabe aos órgãos e entidades no âmbito do SIPEC 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 (BRASIL,2013).

7.4 UMA POLÍTICA EM BUSCA DA PLANIFICAÇÃO ENTRE OS ÓRGÃOS FEDERAIS

Os diferentes contextos políticos demonstrados pelas falas dos entrevistados denunciam que a PASS está longe de uma planificação entre os órgãos. É possível afirma-se, inclusive que os aspectos dificultadores da implementação da PASS, na percepção dos atores executores da política, são também aqueles cuja existência promove a execução não planificada entre os órgãos: dificuldade da equipe nas tomadas de decisão, heterogeneidade das remunerações e orçamento de execução da política.

Destaca-se que dentre os fatores que intensificam as diferenças entre os órgãos, as constantes mudanças de percepção, por parte dos dirigentes máximo das instituições. A cada mudança de gestão, ainda que os atores executores da política sejam os mesmos, as ações política passam a ser mais ou menos intensificadas, ou ainda, passam a estarem mais próximas do foco assistencialista ou do foco preventivo.

É uma manifestação comum entre os entrevistados que a política de qualidade de vida no trabalho é vista pela equipe como uma forma do servidor

público receber a valorização de seu trabalho e preocupação com o seu bem-estar e o de sua família.

Entretanto, os entrevistados, também ratificam Amorim, (2010) quando este afirma que os gerentes públicos têm algumas dificuldades em desempenhar suas funções, pois estão limitados a fatores legais como orçamento restrito, licitação, estrutura de cargos e carreiras dos servidores.

Essa limitação, também dificulta a implementação igualitária entre os órgãos e por essa razão propõe-se que a unidade SIASS única com gerência direta do SIPEC.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas permitiu identificar momentos de inflexão em relação à proposta inicial em função dos atores institucionais que assumem o processo de execução da PASS.

Percebe-se que os autores buscam basear suas práticas em uma abordagem integral e ampliada, e exercem essas práticas com a expectativa de que seja criado um novo arcabouço jurídico-institucional que abarcasse a integralidade da saúde dos trabalhadores das instituições federais, como proposto no início das discussões da PASS.

Desde o início esse era o discurso do governo, ao longo do tempo e devido aos atores institucionais que assumem seu processo de implementação, as mudanças na condução da gestão, e os diferentes modos de gerência institucionais, que se aliam ou não com os pressupostos da política (por desconhecimento ou conveniência) foi possível identificar momentos de inflexão em relação à proposta inicial.

O conceito de saúde do servidor era orientado no momento da construção das bases da PASS sob a prerrogativa das condições e dos contextos de trabalho como determinantes no processo saúde-doença e que medidas de promoção, prevenção e vigilância deveriam ser orientadas para mudar o trabalho, contando com o protagonismo dos servidores.

O panorama atual demonstra que esse propósito foi reduzido às atividades tradicionais de perícia médica e não foi possível perceber durante o processo dessa investigação a participação dos sindicatos e movimentos dos servidores públicos como elemento estruturante das normas de implantação da política nas Instituições, garantindo, assim, o modelo participativo.

Os resultados indicam a necessidade de ampliação das ações de promoção e vigilância da saúde, transformação dos espaços de trabalho. Para tanto são necessários avanços significativos na ampliação dos recursos legais para efetivação de uma política de atenção à saúde dos servidores públicos.

Considerando que o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC) enlaça todas as unidades organizacionais, de qualquer grau e está

incumbido das atividades de administração de pessoal da Administração Direta e das Autarquias, observados no *Decreto nº 67.326, de 05 de outubro de 1970*.

Propõe-se que a criação de uma unidade SIASS única, cuja gerência central seja no Ministério da Economia, esteja em subordinação direta ao Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor (DESAP).

Essa unidade SIASS única teria uma equipe central de avaliação e regulação da política, cinco unidades gerências regionais do SIASS localizadas nas regiões de agrupamento de unidade da federação (região norte, nordeste, sudeste, centro-oeste e sul) e Sub - Gerência Estadual.

Cada cidade que existisse órgão da administração direta e autárquica teria uma unidade local SIASS, responsável pela execução da PASS nos órgãos daquela cidade. As equipes responderiam hierarquicamente a:

GESTÃO LOCAL DA UNIDADE SIASS → SUB – GERÊNCIA ESTADUAL DA UNIDADE SIASS → GERÊNCIA REGIONAL DA UNIDADE SIASS → UNIDADE SIASS CENTRAL DESAP

Essa unidade SIASS única teria como atividade-fim a implantação e execução da PASS e regulação dos ambientes e processos de trabalho do serviço público federal.

Os servidores que atuariam na estrutura da unidade SIASS única seriam aqueles que voluntariamente desejassem compor esse quadro desde estejam atuando em uma unidade SIASS, no momento da criação da estrutura da unidade SIASS única ou tivesse atuado pelo menos três anos em uma unidade SIASS.

Os servidores que voluntariamente desejassem compor o quadro da unidade SIASS única, passariam a ter lotação nesse novo órgão e manteriam as prerrogativas salariais de suas carreiras, bem como a estabilidade permanente.

Deste modo não se perderia o processo de engajamento já instituído. A reposição ou implementação de servidores poderia ser realizada por seção, quando o servidor de uma autarquia passa a trabalhar em outra, desde que mantido os interesses da administração, ou pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

O financiamento da unidade SIASS única seria de 5% (cinco por cento) do orçamento de cada órgão da região, além do recurso integral destinado aos exames

médicos periódicos e assistência à saúde suplementar, que passariam a ser gerenciados pela unidade SIASS Única.

Caberia à gerência regional de cada região a divisão dos valores entre as sub – gerências regionais, baseado na quantidade de órgãos atendidos, e de cada sub – gerência regional distribuir o orçamento entre as unidades locais do SIASS.

Figura 4 - Unidade SIASS única: proposta de reformulação

UNIDADE SIASS ÚNICA: UMA PROPOSTA DE REFORMULAÇÃO.



Fonte: Elaboração própria da autora desta dissertação (2019).

Espera-se que assim a execução da PASS sofra o mínimo de influência dos contextos políticos e sociais dos espaços institucionais e assim menor interferência nas ações dos executores da política.

Essa forma de trabalho também traria planificação da execução da política, maior controle do Estado sub os servidores públicos, manutenção de uma cultura organizacional coesa com a proposta da formação da agenda.

Outra vantagem da proposta é a melhor utilização de recursos, pois seria desnecessário existir uma unidade SIASS em cada órgão, bastava a existência de uma em cada cidade com finalidade de atender a um ou mais órgãos.

Por fim, seria possível realizar uma política que realmente possua uma pauta comum que privilegie as ações de promoção e vigilância da saúde, transformando os e espaços de trabalho e oferecendo melhor eficiência aos serviços públicos.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Júlia; SZNELWAR, Laerte Idal; SILVINO, Alexandre; SARMET, Maurício; PINHO, Diana. **Introdução à Ergonomia: da prática à teoria**. São Paulo, Editora Blucher, 2009.

ALBUQUERQUE, L.G., FRANÇA, A.C.L. Estratégias de Recursos Humanos e Gestão da Qualidade de Vida no Trabalho: O Stress e a Expansão do Conceito de Qualidade Total. **Revista de Administração USP**, São Paulo, v.33, n.2, p.40-51. Abr./jun. 1998.

AMORETTI, Rogério. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v.29, n. 2, maio/ago. 2005

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universidade, 2008

ARRUDA, Hélio Mário. **Oliveira Vianna e a legislação do trabalho no Brasil (1932-1942)**, 2006. Disponível em: http://www.btdt.ufes.br/tesdesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1052
Acesso em: 18 dez. 2018.

BOM SUCESSO, Edina de Paula. **Relações interpessoais e qualidade de vida no trabalho**. Rio de Janeiro: QualityMark, 2002.

BRASIL. **Lei nº 173**, de 10 de Setembro de 1893. Brasília, 1983.

_____. **Lei nº 8.112**, de 11 de dezembro de 1990. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **O SUS e as especializações em área profissional, realizadas em serviço**. Brasília, 2004.

_____. Portaria GM/MS: **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília, 2012.

_____. **Política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal: uma construção coletiva**. Brasília, 2015.

_____. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa: **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Brasília, 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, **Manual De Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal**, Portaria SEGRT/MP nº 19, de abril de 2017. Brasília, 2017.

CASTRO, Kleber Pacheco de, AFONSO José Roberto. Gasto social no Brasil pós-1988: uma análise sob a ótica da descentralização fiscal, Comissão de Saúde e Trabalho. Rev. Política, **Planejamento e Gestão em Saúde**, v.1, n.1, p.33-560, 2010.

CARCANHOLO, Marcelo Dias. **Abertura externa e liberalização financeira: impactos sobre crescimento e distribuição no Brasil dos anos 90**. 2002. Tese (Doutorado).IE/UFRJ, Rio de Janeiro, 2002.

CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli; CALIRI, Maria Helena Larcher; PELA, Nilza Teresa Rotter. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 4, n. 3, p. 75-88, Dec. 1996 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104. Acesso em: 22 dez. 2018.

CEBES. A questão democrática na saúde. **Revista Saúde em Debate**, v. 9, p. 47-48, 1980.

GEORGE JR, Claude, **História do Pensamento Administrativo**. São Paulo, Cultrix, 1984.

CORDEIRO, Hésio **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial Ltda, 1991.

_____. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, jul. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 ago. 2017.

DATHEIN, Ricardo. **Desenvolvimento Econômico Brasileiro**: contribuições sobre o período pós-1990. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.14, p.7-11, 1986

FARAH, Marta Ferreira Santos. Administração pública e políticas públicas. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n.3, p.:813-36, maio/jun. 2011.

FERNANDES, E. da. **Qualidade de vida no trabalho**: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FERREIRA, A. Antônio; REIS, Ana C. F; PEREIRA, Maria I. **Gestão Empresarial**: de Taylor aos nossos dias. Evolução e Tendências da Moderna Administração de Empresas. São Paulo: Pioneira, 1999.

FERREIRA, Mario César. Qualidade de vida no trabalho. *In*: CATTANI, A. D. ; HOLZMANN, L. (Orgs.), **Dicionário**: trabalho e tecnologia. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

FERREIRA, M. C.; ALVES, L.; TOSTES, N. Gestão de qualidade de vida no trabalho (QVT) no serviço público federal: o descompasso entre problemas e práticas gerenciais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 3, p. 319-327, 2009

FONSECA, Maria Rachel Fróes da. Fontes para a história das ciências da saúde no Brasil (1808-1930). **História ciências da saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, supl. p. 275-288, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 out. 2017.

GLASER, Barney G. ; STRAUSS, Anselm L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. Chicago/ Nova York: [s.n.], 1967.

GUSSI, Alcides Fernando. Avaliação de Políticas Públicas sob uma abordagem Antropológica: aportes teórico-metodológicos e práticas avaliativas. *In: CONGRESO INTERNACIONAL EN GOBIERNO, ADMINISTRACIÓN Y POLITICAS PÚBLICAS*, 7., 2016. Madrid. **Anais [...]** 2016. Madrid: GIGAPP. Asociación Grupo de Investigación en Gobierno, Administración y Políticas Públicas

HAMPTON, David. **Administração: processos administrativos**. São Paulo: McGrawhill ,1991.

HEES, Felipe. A industrialização brasileira em perspectiva histórica (1808-1956). **Em Tempo de História**, n. 18, jan./jul. 2011.

HEIDEMANN, Francisco G. . Do sonho do progresso às políticas de desenvolvimento. *In: HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José F. (Org.). Políticas Públicas e Desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise*. 2.ed. Editora Universidade de Brasília, 2010. cap. 1, p. 23-40.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Editora HUCITEC ANPOCS, 1998.

_____. O Brasil não é só doença": o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. **História e ciência da saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 313-331, July 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000500015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 set. 2019.

_____. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 375-386, fev. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 fev. 2019.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M; PERL, Anthony. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. 7. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

LEUCHTENBERGER, Rafaela. A organização e a atividade das associações voluntárias de socorro mútuo de trabalhadores de Florianópolis - SC (1886-1932). **Mundos do Trabalho**, Florianópolis, v. 4, n. 7, p. 57-84, set. 2012. ISSN 1984-9222. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/26096>. Acesso em: 14 out. 2017.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. **Qualidade de vida no trabalho: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial**. São Paulo: Atlas, 2004.

LOPES, Juarez Rubens Brandão. **Desenvolvimento e mudança social: formação da sociedade urbano-industrial no Brasil**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

LOWENBERG, June S. Interpretative research methodology: broadening the dialogue. **Adv. Nurs. Science**, v. 16, n. 2, p. 57-69, 1993.

MARSON, Michel Deliberali. A industrialização brasileira antes de 1930: uma contribuição sobre a evolução da indústria de máquinas e equipamentos no estado de São Paulo, 1900-1920. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 753-785, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612015000400753&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2019.

MELLO, Natália Nóbrega de. A teoria do desenvolvimento político e a questão da ordem e da estabilidade. **Revista Sociologia Política**, Curitiba, v. 19, n. 39, p. 139-152, June 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782011000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 nov. 2016.

MINAYO, Gomez Carlos e THEDIM-COSTA Sonia Maria da Fonseca A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas, **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, supl. 2, p.21-32, 1997.

MORAIS, Fernanda Teles; AMORIM, Wellington Mendonça de. As despesas do II Congresso Médico Latino Americano de Enfermagem no Brasil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 56-65, mar. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 de fev. 2019.

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência saúde coletiva**, v.5, n.2, p.251-264, 2000.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

OGUISSO, T. Repercussão do Sistema Nacional de Saúde nos modelos assistenciais. **Revista Escola de Enfermagem**. USP, São Paulo, v.74, n.2, p.147-164, 1980.

PAIM, Jairnilson Silva. **O Que É o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

PEREIRA, Ana Paula Camilo; SILVEIRA Márcio Rogério: O processo de industrialização no Brasil: um retrospecto a partir da dinâmica da dualidade brasileira. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 321-344, dez. 2010

PIMENTEL, M. H. C. R.; FERNANDES, Sônia Regina Pereira. **Qualidade de vida no trabalho**: concepções praticas adotadas em empresas do Polo Petroquímico de Camaçari. [S.l.]: [s.n.], 2003.

PINTO, Marcelo de Rezend.; SANTOS, Leonardo Lemos da Silveira Santos. A Grounded Theory como abordagem metodológica: relatos de uma experiência de campo. **Revista Organizações & Sociedade**, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400638333003>. Acesso em: 22 fev. 2019.

RAEDER, Savio. Ciclo de políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v. 7, n. 13, p. 121-146, 2014.

RAMMINGER, Tatiana; NARDI, Henrique Caetano. Saúde mental e saúde do trabalhador: análise das conferências nacionais brasileiras. **Psicologia e ciências**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 680-693, dez. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 set. 2019.

ROCHA, Lis. Esther...; NUNES, Everardo Duarte. Os primórdios da industrialização e a reação dos trabalhadores: pré-30. In: BUSCHINELLI, P. T. J, Rocha, E. ; RIGOTTO R. M. (Eds.), **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

ROCHA, Lys. Esther; RIGOTTO, Maria Raquel. (Org.). **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1994.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. Petrópolis: Vozes, 1999.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2009.

SAMPAIO, J. R. **Qualidade de vida no trabalho e psicologia social**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SANTOS JÚNIOR, Selmo Alves dos. Previdência social: breve histórico no cenário mundial e sua estrutura e funcionamento no Brasil. **Revista Jus Navigandi**, 2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/59126>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010..

SEIBEL, Erni José; ORTIZ, G. Gelinski Carmen Rosario. Concepção do estado e escolha da metodologia de avaliação de políticas públicas. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 13, n. 102, p. 119-134, ago. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/24215>. Acesso em: 15 jan. 2018.

SIGNORINI, M. **Qualidade de vida no trabalho**. Rio de Janeiro: Taba Cultural, 1999.

SILVA, Enid Rocha da; SCHWARZER, Helmut. **Proteção social, aposentadorias, pensões e gênero no Brasil**. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2830>. Acesso em 22 fev. 2019.

SILVA, F.R . **Ergonomia uma necessidade industrial ou também social?** Disponível em: <http://www.eps.ufsc.br/ergon/revista/artigos/Ergonomia/fernanda.PDF>. Acesso em 22 fev. 2019.

SILVA, M. A. D.; MARCHI, R. **Saúde e qualidade de vida no trabalho**. Rio de Janeiro: Best Seller, 1997.

SILVA, Tatiana de Amorim Maranhão Gomes da. **Governança mundial e pobreza: do Consenso de Washington ao consenso das oportunidades**. 2009. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SOUZA, C. **Políticas Públicas**: uma revisão da literatura Sociologias, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul./dez. 2006

SPINK, Mary Jane P. **Psicologia social e saúde**: práticas, saberes e sentidos, Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina**. Guarulhos, SP: Scipione, 1993.

TAROZZI, Massimiliano. **O que é grounded theory**: metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

VILLA, Eliana Aparecida; ARANHA, Antônia Vitória Soares; SILVA, Liliâne de Lourdes Teixeira e FLÔR, Cristina Rabelo. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1044-1052, OUT-DEZ 2015

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho **As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677 - 1808)**. França: [s.n.], 2012.