

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

**“O Processo de Implementação da Política de Atenção à Saúde do
Trabalhador em Instituições Públicas Federais: o desafio da
integralidade”**

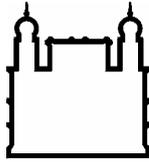
por

Elsa Thomé de Andrade

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientador principal: Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet Machado
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Inês Carsalade Martins*

Rio de Janeiro, junho de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

***“O Processo de Implementação da Política de Atenção à Saúde do
Trabalhador em Instituições Públicas Federais: o desafio da
integralidade”***

apresentada por

Elsa Thomé de Andrade

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena

Prof.^a Dr.^a Simone Santos Silva Oliveira

Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet Machado – Orientador principal

À memória de meu marido e de meus pais,
a meus filhos onde incluo seus consortes e
a meus netos, com todo o carinho.

Agradeço,

À minha amiga e co-orientadora, Maria Inês, pela paciência em receber a pedra bruta e, com carinho, me ensinar como se lapida e a transformamos de sonho ou desejo para a realização da devolução do que aprendemos.

Ao meu orientador, Jorge Machado, grande conhecedor da Saúde do Trabalhador que há alguns anos semeou, com sua sabedoria, a semente do desejo de me dedicar ao estudo da área e que no decorrer do trabalho me ajudou a perceber, com astúcia, os melhores caminhos de produzir.

Aos gestores da COGSS/MPOG, do IBGE, UFRJ e aos trabalhadores dos sindicatos que autorizaram e acolheram minha pesquisa, me receberam para entrevistas e disponibilizaram seu tempo para a construção do meu estudo.

Aos meus colegas dos serviços de Saúde do Trabalhador pela solidariedade e apoio em todos os sentidos no meu trabalho de observação e que estavam sempre ao alcance para maiores informações. A estes deixo registrada a minha admiração pelo empenho na luta de busca pelo alcance do objetivo desse processo.

Ao Hamilton, do MS, que sempre se mostrou solidário e disponível.

Às minhas companheiras da CST, Ana e Socorro, que buscaram e me forneceram os dados históricos.

À Cristina Strausz, pelo seu pronto acolhimento e ajuda em esclarecimentos.

Aos meus companheiros de artigo, Fadel e Eliana, pelas discussões enriquecedoras e bons momentos.

Aos meus professores e pesquisadores da ENSP pelo muito que me ensinaram.

À minha turma por ser tão acolhedora desde o primeiro momento, tão dedicada e festeira.

Aos meus colegas da Escola de Governo pela ajuda de qualquer coisa a qualquer momento.

A todos os meus amigos e amigas que, sempre ao meu redor, me incentivaram e abraçaram.

A meus filhos por sempre valorizarem meu esforço de produção.

“Cem vezes, todos os dias, lembro a mim mesmo que a vida interior e exterior, depende dos trabalhos de outros homens, vivos ou mortos e que devo me esforçar a fim de devolver na mesma medida que recebi”.

Albert Einstein

Resumo

Este estudo analisa o processo de implementação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS no município do Rio de Janeiro, através de um estudo de caso, realizado em duas instituições públicas federais, sediadas no município do Rio de Janeiro. Tendo como hipótese que o grau de participação dos gestores e trabalhadores e suas concepções sobre a relação saúde e trabalho são determinantes na configuração do modelo de atenção e organização dos serviços de saúde, o objetivo desta pesquisa é identificar como vem sendo implementada a política de Saúde dos Trabalhadores, nas instituições públicas federais do Município do Rio de Janeiro e em que medida este processo tem facilitado ou dificultado a consolidação do modelo de atenção integral à saúde do trabalhador, preconizado pela PNSST.

O trabalho apresenta uma revisão teórica que contemplou as diferenças de enfoque dos conceitos das relações saúde/trabalho, a organização e luta dos trabalhadores e a história e regulação da saúde do trabalhador no Brasil seguido de um estudo empírico que procurou retratar experiências vividas na perspectiva de gestores e trabalhadores.

A análise dos dados permitiu concluir que as equipes dos serviços de saúde do trabalhador das duas instituições estão capacitadas e envolvidas com a temática, têm visão de necessidade de mudança do Programa e buscam substituir a prática de saúde em suas organizações que se constitui em uma estratégia baseada em ações fragmentadas por uma de visão integral da ST. Como pontos críticos, destacam-se a falta de orçamento destinado à saúde, equipe pequena em relação à demanda, além de entraves políticos e administrativos. Os trabalhadores dos setores responsáveis pela ST nas organizações estudadas acabam por realizar um trabalho aquém das diretrizes da Política Nacional e Segurança e Saúde do Trabalhador e de suas próprias convicções que dizem respeito a um modelo pautado num conceito amplo da saúde no trabalho, que envolve o trabalhador e seu processo de trabalho.

Palavras-chave: SIASS, Serviço Público Federal, Relações saúde no trabalho, Saúde do Trabalhador.

Abstract

This study analyzes the process of implementation of the “Integrated Sub-system Health Assistance to Public Servers” – (*Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor* - SIASS, in Portuguese) – in the Municipality of Rio de Janeiro through a case study performed in two federal public institutions situated in Rio de Janeiro.

By assuming the hypothesis that the degree of participation of administrators and servers and their conceptions in relation to health and work are determiners in the configuration of a model of assistance and organization of health services, our objective in this research was to identify how a politics for Servers’ Health has been implemented in these public federal institutions in Rio de Janeiro and, in which way this process has either facilitated or made it difficult the consolidation of an integral model of assistance for the workers’ health, as established by the PNSST (National Policy for Workers’ Security and Health).

The work presents a literature review which contemplates the different approaches to concepts of the relationship between health/work, the workers’ organization and struggle, and a history and regulation of worker’s health assistance in Brazil. Furthermore, it presents an empirical study which seeks to portray lived experiences under the perspective of both administrators and workers.

The data have allowed us to conclude that workers’ services teams in both institutions are able and involved with the issue; they also have a vision of the needs for change within the Program, and search to replace a health assistance practice in their organizations which is constituted by a strategy based on fragmented actions for one which considers an integral perspective to Workers’ Health Assistance. As points for concern, we can pinpoint the lack of a budget specifically addressed to health issues, small groups of practitioners in relation to demand, and also political and administrative barriers. Workers in the sectors responsible for health assistance in the organizations we have studied end up performing a job which is under the standards of the National Policy for Workers’ Security and Health and their on beliefs with respect to a model conceived under a broader concept of workplace health assistance, which involves both the worker and his/her working process.

Keywords: SIASS, Federal Public Service, Relations health and workplace, Worker’s health

SUMÁRIO

Introdução.....	01
Capítulo I: Metodologia.....	06
Capítulo II: Contexto histórico e pressupostos teóricos da implantação da Política de Saúde do Trabalhador para o setor público federal	
1 – Os conceitos que orientam a Saúde do Trabalho.....	12
2 – A participação dos trabalhadores e o controle social.....	18
3 – Marcos Regulatórios da ST no Brasil: Setor Público e Setor Privado.....	22
Capítulo III: Apresentação e conceituação da PNSST	
1 – A construção da Saúde do Trabalhador no Brasil.....	29
2 - A saúde do trabalhador no serviço público federal.....	36
3 - A criação da COGSS, suas primeiras ações e o Projeto no Rio de Janeiro.....	38
Capítulo IV:A realidade atual das políticas de saúde do trabalhador hoje – a organização histórica de serviços de saúde do trabalhador, dois exemplos de um paradigma institucional.	
1 – A COGSS/SRH/MPOG.....	49
2 – As Instituições Federais do Rio de Janeiro	
2.1 - O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.....	60
2.2 - A Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.....	71
3 - A Representação dos Trabalhadores	
3.1 – Sindicato Nacional do IBGE – ASSIBGE.....	81
3.2 - Sindicato de Trabalhadores em Educação da UFRJ – SINDUFRJ.....	85
Conclusão.....	88
Referências Bibliográficas.....	97

LISTA DE SIGLAS

Assibge	Sindicato Nacional do IBGE
Cat	Comunicação de Acidente de Trabalho
Caurj	Caixa Assistencial Universitária do Rio de Janeiro
CGCAR	Coordenação de carreiras e análise do perfil da força de trabalho
CGNES	Coordenação de negociação e relações sindicais
Ceip	Coordenação Executiva Institucional Provisória
Cipa	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
Ciss	Comissão Interna de Saúde do Servidor
Cist	Comissão Interministerial da Saúde do Trabalhador,
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNESF	Coordenação Nacional de Entidades dos Servidores Públicos Federais
CNTSS/CUT	Central Única dos Trabalhadores da Seguridade da Seguridade Social
COGIG	Coordenação de estudos e informações gerenciais
COGSS	Coordenação de seguridade social e benefícios do servidor
COLSAT	Comissão de Local de Saúde do Trabalhador
COPPE	Instituto de Pós Graduação e Pesquisa de Engenharia da UFRJ
COSAT/MS	Coordenação da Saúde do Trabalhador
CRSTs	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CST	Coordenação de Saúde do Trabalhador
Cut	Central Única dos Trabalhadores
Dams	Divisão de Assistência Médica e Social
DAS	Direção e Assessoramento Superior
Dasp	Departamento de Administração do Serviço Público
Dou	Diário Oficial da União
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
DVST	Divisão de Saúde Trabalhador
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
Fasubra	Federação de Sindicatos de Trabalhadores em Educação das Universidades Brasileiras
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Fundacentro	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
Geisat	Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador
Gesat	Gerência da Saúde do Trabalhador
GT	Grupos de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social
INST	Instituto Nacional da Saúde no Trabalho
Mare	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério de Previdência e Assistência Social
MPOG	Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
MPS	Ministério da Previdência Soci
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina do Trabalho
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
Nost	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NRs	Normas Regulamentadoras
NRs	Normas Regulamentadoras

OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
Opas	Organização Pan-americana de Saúde
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PDRE	Plano Diretor da Reforma do Estado
PDRE,	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PST	Programa de Saúde do Trabalhador
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RJU	Regime Jurídico Único
Saf	Secretaria da Administração Federal
Sedap	Secretaria de Administração Pública da Presidência da República
Seplan	Secretaria de Planejamento
Sesmt	Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho
Siape	Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos
Sias	Sociedade Ibgeana de Assistência e Seguridade
Siass	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
Sindufrj	Sindicato da Universidade Federal do Rio de Janeiro
Sipec	Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal
Sisosp	Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal
Sist	Sistema Integral de Saúde do Trabalhador
SO	Saúde Ocupacional
SRH	Secretaria de Recursos Humanos
SSST	Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
Unicamp	Universidade Federal de Campinas
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
Unirio	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Relação entre o Quantitativo - força de trabalho – Servidores Públicos Federais Cíveis Ativos do Poder Executivo, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação – SIAPE.....	39
Quadro 2	Quadro de Funcionários do IBGE por tipo de Vínculo Empregatício.....	61
Quadro 3	Quadro de Funcionários da UFRJ conforme tipo de Vínculo Empregatício.....	72

LISTA DE ORGANOGRAMAS

Organog. 1	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG.....	49
Organog.2	Geral da Instituição IBGE.....	60
Organog.3	Diretoria Executiva do IBGE.....	62
Organog.4	Administração Central da UFRJ.....	72
Organog.5	Pró-Reitoria de Pessoal UFRJ.....	72

Para compreender o processo de mudança que se impôs ao Estado, a partir da Constituição de 1988, no sentido de reverter a lógica das políticas sociais até então seletivas e dirigidas para segmentos da população e que, a partir deste momento, passam a ter um caráter universal, de integralidade, equidade e hierarquizado, há a necessidade de analisar a sua estrutura e as práticas de seus agentes institucionais.

Historicamente, as políticas públicas voltadas para a Saúde do Trabalhador no Brasil não tiveram, até 2005, nenhuma atenção, organizada em nível federal, direcionada aos ambientes e processo de trabalho, que garantisse a saúde integral ao servidor público.

No relatório da primeira Conferência de Saúde do Trabalhador, publicado em dezembro de 1986, é discutida a defesa de uma política de recursos humanos voltada para os trabalhadores da saúde, mas que se restringe apenas à formação e remuneração, não discutindo a relação saúde-trabalho referente aos ambientes de trabalho.

A segunda Conferência de Saúde do Trabalhador, realizada em 1994, já após a promulgação da Lei 8080 de 1990, que estabelece uma nova política de saúde, aprova propostas sobre a regulamentação da formação de recursos humanos para a saúde, com ampliação de seu quadro de pessoal e implantação de Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS. Além disso, preocupa-se em garantir ações de vigilância e fiscalização nas instituições públicas e privadas e propõe a criação de Comissões de Saúde do Trabalhador nos serviços públicos e privados, destacando a exigência de que o serviço público passe a emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT. Recomenda que a Comissão de Saúde do servidor público seja amplamente discutida nas bases da categoria a nível federal, estadual e municipal, junto aos seus sindicatos e representações. Esta comissão deve ser composta exclusivamente por servidores, eleitos por seus pares (Brasil, 1994:20).

Estas recomendações são reforçadas na terceira Conferência de Saúde do Trabalhador, realizada em 2005, quando é acrescentada também a necessidade de cumprimento das Normas Regulamentadoras – NRs - de segurança e saúde para os trabalhadores do serviço público, nas três esferas do governo, priorizando o Programa

de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO. Além disso, aponta para a necessidade de participação das entidades representativas dos trabalhadores do setor público na elaboração da Norma Regulamentadora de saúde do trabalhador no serviço público, estabelecendo o primeiro semestre de 2006 para a entrada em vigor.

Mesmo com as pontuais recomendações das Conferências citadas acima, de que a legislação se aplique nas instituições públicas e privadas, não existe a obrigatoriedade de que elas sejam efetivadas, pois elas recomendam e pactuam, são propostas, mas não deliberam nem normatizam. É função do Estado formalizar políticas e estabelecer diretrizes.

Em 2005, foi divulgado pela Portaria Interministerial n.º 800, de 30/05/05, para consulta pública, o texto elaborado para ser a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador - PNSST, pelo Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador – GEISAT, composto pela Portaria Interministerial n.º 153, de 13/02/04. Esse grupo foi instituído em 1993 por representantes do Ministério da Previdência Social - MPS, Ministério da Saúde - MS e Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, considerando a necessidade de integrar as ações de saúde e trabalho, desenvolvidas pelas três instituições, voltadas para o atendimento das demandas referentes à questão da saúde do trabalhador. Este documento encontra-se até a data do término da pesquisa de campo (março de 2009) em processo de consulta pública.

A proposta da PNSST inclui “todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia”. (PNSST, 2004:04). Portanto, estão incluídos nesse grupo os servidores públicos. Essa é uma política abrangente que define diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, com o objetivo de orientar os planos de trabalho e ações intra e intersetoriais no âmbito da saúde do trabalhador.

Para o setor privado, que é regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, foram criados regulamentos e normas no sentido de monitorar e fiscalizar estas ações, embora ainda restritas à saúde ocupacional. No âmbito do setor público, não houve uma regulamentação própria, o que dificulta e não assegura a implementação destas ações.

Diferentemente do trabalhador privado, o servidor público tem um estatuto, o Regime Jurídico Único – RJU, como legislação de proteção social e um regime próprio

de Previdência Social, no qual as questões da promoção e da manutenção da saúde do trabalhador não estão regulamentadas.

A iniciativa do Ministério do Planejamento de instituir o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal – SISOSP - é o mais recente movimento da administração pública federal em direção ao processo de transformação no tratamento da atenção à relação saúde-trabalho do servidor. Lançado no final de 2006, através do Decreto nº 5.961 de 13/11/2006, da Presidência da República, o SISOSP propõe quatro projetos-piloto voltados para a proteção da saúde do servidor, sob a coordenação da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Com isso o governo pretende implementar, na administração pública federal, diretrizes e ações que já existem no Regime Geral de Previdência desde 1977, por meio das normas de saúde e segurança do trabalho. O objetivo deste programa, voltado ainda apenas para os servidores públicos civis, sendo o de estruturar a política de saúde ocupacional do servidor, revela sua importância por sinalizar uma tendência à mudança. As capitais onde os projetos pioneiros deste programa tiveram a responsabilidade de realização foram: Rio de Janeiro, Brasília, Recife e Florianópolis. No Rio de Janeiro, esteve sob a responsabilidade da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz e da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ que trabalharam juntas no Projeto.

Esse foi o primeiro passo do Estado para a implementação do SISOSP. No Rio de Janeiro, foi realizado um mapeamento preliminar pela Fiocruz de 35 instituições públicas federais do município do Rio de Janeiro. Este trabalho foi apresentado pela equipe da Fiocruz em 23 de setembro de 2005, com os resultados de visitas às instituições e aplicação de questionários. O Relatório Final desta pesquisa faz uma caracterização dessas instituições e das atividades desenvolvidas em atenção à saúde dos trabalhadores na qual se evidencia uma diversidade de estruturas e modelos de organização dos serviços de atenção à saúde do trabalhador. O Relatório conclui também que, dada esta diversidade para a implantação do SISOSP no Rio de Janeiro, seria necessária a formalização de um Grupo de Trabalho interinstitucional para dar início ao processo. Esta estratégia não foi aplicada, comprometendo, a nosso ver, o processo de implementação das ações preconizadas pelo SISOSP no município, embora tenham sido realizados treinamentos pela equipe da Coordenação de Seguridade Social e Benefícios do Servidor da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - COGSS/SRH/MPOG, em Brasília. Nessa fase, foram priorizadas as ações referentes aos processos de perícia tendo sido elaborado o primeiro Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Civis Federais,

instituído pela Portaria do MPOG/SRH nº 1.675 de 06/10/2006, com orientações sobre as ações de atenção à saúde dos trabalhadores a serem implementadas.

No âmbito nacional, o que se observa é uma desaceleração do processo de implementação do SISOSP neste período 2006-2007, em função de mudanças gerenciais, tendo sido retomado em 2008, pela COGSS/SRH/MPOG. No município do Rio de Janeiro, as atividades foram retomadas no final de 2007, quando houve a organização de Grupos de Trabalho – GTs com representantes das instituições públicas federais, como havia sido recomendado pelo GT da Fiocruz em seu mapeamento realizado em 2005. Este GT, sob a coordenação da COGSS/SRH/MPOG, vem produzindo propostas para a implementação do sistema no Rio de Janeiro.

O grupo identificou quatro áreas estratégicas a serem trabalhadas: Vigilância em Saúde; Perícia Médica; Promoção da Saúde e Implantação do SISOSP. Para cada um destes temas o grupo local tem trabalhado no sentido de construir diagnósticos e propostas de intervenção.

O ponto de partida, então, para a realização deste trabalho de pesquisa foi o acompanhamento das iniciativas de implementação deste novo sistema que traduz uma política específica de atenção à saúde para o servidor público e que deverá regular as ações vinculadas às relações de trabalho e saúde nas instituições públicas federais.

Nosso objetivo é identificar como vem sendo implementada a política de Saúde dos Trabalhadores, nas instituições públicas federais do Município do Rio de Janeiro e, em que medida este processo tem facilitado ou dificultado a consolidação do modelo de atenção integral à saúde do trabalhador, preconizado pela PNSST.

Para fazê-lo, buscamos avaliar o grau de participação de gestores e representação dos trabalhadores no processo de implementação e a compatibilidade das ações programadas com os princípios da PNSST.

Para o desenvolvimento do trabalho foi considerado de que o grau de participação dos gestores e trabalhadores e suas concepções sobre a relação saúde e trabalho e seus determinantes vão configurar diferentes modelos de atenção e organização dos serviços que se aproximam ou não do modelo de saúde integral.

Os objetivos específicos colocados pela pesquisa foram: i) analisar as iniciativas do Estado direcionadas a estruturar a política de Saúde do Trabalhador no serviço público federal e o processo de implementação do SIASS; ii) caracterizar as experiências de implementação de Programas de Saúde do Trabalhador em instituições públicas federais no município do Rio de Janeiro, identificando o tipo de intervenção; iii) identificar os fatores determinantes para implementação desta política nestas

instituições; iv) analisar a política de atenção à Saúde do Trabalhador a partir da estrutura e desenvolvimento do SIASS; v) identificar em que direção as ações avançam em relação à PNSST e como elas se inserem na agenda dos gestores e trabalhadores.

Nosso trabalho foi estruturado em capítulos, para a apresentação desta pesquisa acima esboçada. No Capítulo 1, apresentamos nossas escolhas metodológicas feitas em coerência com a inserção teórica que será desenvolvida com detalhes nos capítulos seguintes, 2 e 3. No Capítulo 2, focalizamos os modelos da Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador, além da organização dos trabalhadores e suas conquistas nas lutas de classes sociais e sindical e a regulação da saúde do trabalhador, enquanto no 3, ativemo-nos mais especificamente à Política Nacional de Saúde do Trabalhador, considerada como modelo para o processo de construção da saúde do trabalho no Brasil. No Capítulo 4, apresentamos a análise de dados, do material coletado em campo, apresentando as conclusões e os resultados deste trabalho de pesquisa.

Capítulo I

Metodologia

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

Assim, esta pesquisa elegeu como modelo teórico a investigação qualitativa, considerando a sua preocupação de interpretação da ação social, focalizando o trabalho de grupos em instituições e buscando entender não só a forma de intervenção dos atores, mas também a interpretação que dão a suas experiências.

A alternativa metodológica escolhida procurou privilegiar a voz dos gestores e trabalhadores, as experiências locais e a diversidade dos processos, pois foi considerado como mencionado acima, que o grau de participação destes atores e suas concepções sobre a relação saúde e trabalho são determinantes para configurar diferentes modelos de atenção e organização dos serviços.

Nesta perspectiva, optou-se por um estudo de corte espaço-temporal, realizado no período de fevereiro a outubro de 2008, no município do Rio de Janeiro, através da realização de dois estudos de caso.

Foram escolhidas para o estudo duas instituições públicas federais do município do Rio de Janeiro, considerando ser esse município um dos pólos-piloto para implantação do SISOSP, definido pela COGSS/MPOG.

Como base para definição das unidades a serem estudadas, recuperou-se o documento produzido pela Coordenação de Saúde do Trabalhador da Fiocruz em 2005, na primeira etapa dos trabalhos para implantação do Projeto-piloto SISOSP, no município do Rio de Janeiro.

Neste trabalho foram mapeadas e caracterizadas estas instituições, como já mencionado na Introdução deste trabalho e, a partir dele, foram selecionadas duas instituições para a realização da pesquisa: o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e a Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

Os critérios para seleção das duas instituições públicas para realização da pesquisa foram: i) possuir um programa de Saúde do Trabalhador aprovado e em processo de implementação; ii) dispor de uma equipe de ações de Saúde do Trabalhador; iii) adesão dos gestores à participação na pesquisa; iv) integrar o GT de implementação do SISOSP no processo do Rio de Janeiro. O trabalho de campo incluiu entrevistas e a revisão de documentos para observação da prática e do processo de planejamento da implementação da política de atenção à Saúde do Servidor Público.

Neste processo, foram consideradas ainda a experiência em prestação de serviços relativos à saúde dos trabalhadores e a existência de um sindicato atuante, representando os trabalhadores da instituição.

A seguir estão registradas as etapas do processo de realização da pesquisa.

1. Revisão bibliográfica

A revisão bibliográfica teve como referência uma abordagem histórica da Saúde do Trabalhador, procurando apontar os principais conceitos de trabalho, de saúde e de cidadania bem como a legislação vigente no tocante à área.

Nesta etapa da pesquisa, que serviu de base para a construção do referencial teórico, procurou-se resgatar a história da medicina social, da saúde pública e dos diferentes modelos que tem orientado a constituição do campo da saúde do trabalhador.

Neste processo levantou-se a produção de clássicos que abordam a realidade biopolítica do corpo e o poder da medicina a partir dos trabalhos de Foucault (1982) e a construção do campo da saúde pública e seus determinantes políticos, econômicos e sociais, discutidos por Rosen (1994).

Numa abordagem mais contemporânea foram visitados os trabalhos de Oddone (1986) e Laurel e Noriega (1989) que discutem a importância da participação dos trabalhadores na gestão de seu processo de trabalho, com impactos diretos no processo saúde-doença.

Para subsidiar o debate sobre as diferenças conceituais existentes sobre a saúde no trabalho, a revisão bibliográfica contemplou os trabalhos mais recentes de pesquisadores da área, dentre os quais se destacam Lacaz (1997); Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997); Machado (2005 a e b); Mendes & Dias (1991) e Vasconcellos e Oliveira (2008).

2. Revisão documental

Com o objetivo de analisar o processo de regulação do Estado sobre a saúde do trabalhador no contexto das relações de trabalho, nos setores público e privado, foi realizada uma pesquisa documental, a partir dos anos 30 do século passado até outubro de 2008.

Entre os principais marcos regulatórios foram consultados: a Constituição de 1988 que universaliza os direitos à saúde e estabelece um novo marco conceitual de saúde; a Lei 8080, que cria o Sistema Único de Saúde - SUS; o Plano Diretor da Reforma do Estado – PDRE, que orientou a reforma de Estado brasileira de 1995; a PNSST, que estabelece diretrizes para a saúde do trabalhador no contexto do SUS; o SISOSP, que normatiza e regula a política de saúde do trabalhador no setor público federal.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST constitui-se na referência principal do trabalho por se tratar da base política para a organização social do trabalho enquanto um direito humano fundamental. Ela teve sua origem e conteúdo referenciados pelos conceitos de Saúde do Trabalhador e suas diretrizes procuram garantir que as relações de trabalho se pautem nos princípios da lei 8080/90 que preconiza a universalidade, a integralidade de ações e o controle social com articulação intersetorial.

Os documentos do SISOSP, de instituição e operacionalização, foram tomados como ponto de partida para o estudo da implementação das políticas de saúde do trabalhador no setor público.

3. Acompanhamento do processo de implantação do SISOSP

Os trabalhos de acompanhamento do processo de implementação do SISOSP no município do Rio de Janeiro se iniciaram em fevereiro de 2008, quando as atividades para a construção do SISOSP foram retomadas.

A primeira estratégia definida pelo GT a de que o processo de trabalho se realizasse através de quatro sub-grupos – Implantação, Perícia, Promoção e Vigilância.

Foram observadas as reuniões do subgrupo de Vigilância que se reunia com periodicidade semanal, e depois incluída a do subgrupo de Promoção, de março a outubro de 2008. A partir de junho de 2008 iniciou-se a observação das reuniões do grupo de Perícia, nas quais o foco principal foram Normas Regulamentadoras e a revisão do Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Federais, elaborado e editado pelo SISOSP.

As reuniões regulares eram realizadas por cada sub-grupo com o objetivo de discutir as questões relativas a cada área temática e elaborar propostas de encaminhamento.

Mensalmente eram realizadas oficinas, coordenadas pela COGSS/MP e encontros coordenados pelos GTs, que incluíam participantes de todos os grupos, com o objetivo de no primeiro (oficina), construir uma base conceitual comum, através de palestras e debates e, no segundo (encontros), discutir sobre os produtos dos sub-grupos.

Foram realizadas, aproximadamente, no período de março a outubro, 50 reuniões dos sub-grupos, 05 oficinas, 05 encontros inter-grupos, 03 encontros nacionais. Do total destes eventos foram observados 48.

As observações realizadas de forma sistemática foram importantes, pois possibilitaram acompanhar os debates e identificar os nós críticos do processo.

Duas destas oficinas foram realizadas com participação de representantes de outros estados sendo, no Rio de Janeiro, na UFRJ, o II Seminário de Perícia Médica e a segunda, em São Paulo, na UNIFESP, a Oficina de Vigilância e Promoção.

Além deste percurso de observação, para fechar o processo de acompanhamento das atividades dos GTs, estivemos presentes ao I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, realizado em Brasília, de 28 a 31 de outubro de 2008, do qual participaram 583 servidores públicos federais. O Relatório deste Encontro pode ser consultado em anexo (Anexo II) e os pontos de seu programa serão discutidos ao longo do trabalho.

4. Trabalho de campo

O trabalho de campo nas instituições escolhidas foi realizado no período de setembro a outubro de 2008 e constitui-se de pesquisa documental e entrevistas com interlocutores-chave do processo de implementação de programas de saúde do trabalhador.

Foram feitas entrevistas nos dois órgãos públicos federais selecionados para a pesquisa, com os gestores destas instituições e com representantes do sindicato.

A escolha dos agentes a serem entrevistados pautou-se na necessidade de recobrir as diferentes instâncias de desenvolvimento do processo de implementação da política para o servidor público, tema central da pesquisa. Foram nove as entrevistas: uma com os representantes do MPOG, uma com cada diretor institucional, uma com cada gestor de RH, uma com cada gestor do serviço de saúde do trabalhador e uma com cada diretor do órgão representativo dos trabalhadores.

Embora os agentes estivessem inseridos em posições diversas, consideramos importante que a estrutura do roteiro da entrevista seguisse os mesmos parâmetros para que obtivesse diferentes perspectivas ou pontos de vista sobre os mesmos aspectos para a compreensão do processo tratado nesta pesquisa.

As entrevistas obedeceram a um roteiro previamente estabelecido (Anexo III) e tiveram como eixo: estrutura do programa, gestão do programa, participação dos trabalhadores, comunicação e informação, agenda prioritária do programa, alocação de recursos, principais entraves, processo de implementação da política do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS. Para os coordenadores do MPOG foram acrescentados: a interface do processo com a PNSST e a articulação entre os ministérios e a política do MPOG para os temporários e terceirizados.

5. Matriz de Análise

Em relação ao processo de análise foram tomados como eixos de análise a evolução do conceito de saúde e trabalho na perspectiva das políticas sociais; a participação dos trabalhadores na formulação e monitoramento das ações de saúde a ele dirigidas; os marcos regulatórios da atenção à saúde no trabalho.

Tendo como objeto de estudo as instituições públicas federais do município do Rio de Janeiro, a pesquisa tomou como categorias importantes a serem consideradas, construídas a partir dos desafios colocados na mesa de negociação do Ministério da Saúde, em 2005, para implementação de um Modelo de Sistema Integral de Saúde do Trabalhador – SIST (Anexo I) dentro de uma instituição pública¹:

1. A articulação e a integração das ações de assistência com as ações de Vigilância;
2. A universalidade das ações;
3. A responsabilidade social do empregador;.
4. Um modelo participativo e emancipador com critérios de qualidade voltados aos conteúdos de ações;

¹Modelo desenvolvido pela Coordenação de Saúde do Trabalhador - CST/Fiocruz, debatido e apresentado, em 2006, pelo Prof. Dr. Jorge Huet Machado e colaboradores no XI Congresso Mundial de Saúde Pública/VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. (Machado e Al., 2006)

5. Um processo de educação permanente participativo:
6. Discussão permanente do trabalho como objeto central para o desenvolvimento de estratégias de intervenção;
7. A gestão participativa com controle social;
8. A difusão de informações visando à comunicação e à gestão fundamentada em avaliações técnicas.

Contexto histórico e pressupostos teóricos da implantação da Política de Saúde do Trabalhador para o setor público federal

1. Os conceitos que orientam a saúde no trabalho: a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador.

No decorrer das três últimas décadas, observou-se uma crescente velocidade com que as mudanças se estabeleceram na sociedade gerando conseqüências para a saúde humana. A estas transformações o homem é induzido a se adaptar e administrar as novas situações que se apresentam para que nesta gestão possa simultaneamente acompanhar as mudanças ocorridas e se desenvolver junto, no mundo social. As mudanças internas são fundamentais para manter sua integridade de vida conquistada neste processo buscando no seu cotidiano o equilíbrio necessário à sua saúde.

Nesse cenário é importante compreender o processo de interação entre o homem com a saúde e o ambiente em seus determinantes históricos, políticos e econômicos e considerar o trabalho como categoria central para organização social e seus elementos responsáveis pelo movimento de transformação e reprodução. Assim, em cada conjuntura, há que se refletir sobre a atividade humana do trabalho enquanto produtora de cultura e sobre o teor da subjetividade do trabalhador, suas lutas, suas conquistas, dentro das limitações que se apresentam e interagem e as fragilidades de reações.

Foi ainda na primeira metade do século XIX, que o curso da industrialização teve claras as condições de expansão e neste cenário duas classes se antepõem na sociedade: a dos empresários e a dos trabalhadores - de maior contingente. Para fazer frente ao poder do capital, os operários se organizaram mostrando um movimento de união de classe numa luta coletiva. A partir daí, pode ser observada uma sucessão de mudanças de comportamento da classe operária com as primeiras agremiações para que pudessem não só mostrar a sua revolta pela condição de explorado, buscando justiça de remuneração (emancipação econômica), representação social e política. Foram

movimentos de derrotas e vitórias, mas foram lutas coletivas de uma classe de trabalhadores, já organizados.

Em 1824, no Parlamento inglês, os operários conquistaram o direito de livre associação. Isso fortaleceu as uniões sindicais (*trade-unions*) que se espalharam pelo país, passando a fixar os salários dos trabalhadores de acordo com a produtividade industrial. É a regulamentação do salário em função do lucro. Em 1830, formou-se a Associação Nacional para a Proteção do Trabalho, com objetivo de unificar os sindicatos ingleses de todas as categorias e a função de lutar a favor de um salário digno e apoiar os operários em greve. (ANTUNES, 1985)

Com o avanço e a mudança no processo de industrialização na Inglaterra, quando a força de trabalho continuou a ser um componente estratégico da produção, a preservação e manutenção da saúde tornam-se fatores importantes para o desenvolvimento econômico. O corpo passa a ser visto como uma realidade bio-política e a medicina usada como um saber estratégico. A medicina na Inglaterra, nesse período, era focada essencialmente no “controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas”. (FOUCAULT, 2001,97) Assim, era fundamental que o corpo enquanto força de trabalho fosse alvo da medicina social desenvolvida em meados do século XIX, na Inglaterra, berço do capitalismo. Foi um investimento para possibilitar o prolongamento dos dias de vida do trabalhador disponível ao capitalista.

A relação trabalho e saúde é um dos marcos da moderna medicina social, porque na busca das causas de doenças dentro das fábricas surge a Medicina do Trabalho com o médico em seu interior, responsável por preservar a força de trabalho, e instaura-se uma visão biológica e individual, orientando-se pela teoria da unicausalidade. É o médico, com toda autoridade delegada pelo empresário, quem deve cuidar da saúde do trabalhador com objetivo de maior produtividade. (MINAYO & THEDIM - COSTA, 1997).

Segundo Mendes & Dias, em 1830 foi criado o primeiro serviço de Medicina do Trabalho. A partir de 1860, foram votadas leis trabalhistas com o objetivo de proteger várias categorias de trabalhadores, excluindo crianças e mulheres de certos serviços. Rosen(1994,303) relata que

(...) a proteção crescente do trabalhador industrial, através da aprovação de leis resultou da interação de tendências políticas e econômicas (...) emancipou os trabalhadores e lançou sindicatos ao primeiro plano da política.

São lutas e conquistas, momentos fundamentais de organização para a classe operária, mas não se constituem com força política eficaz como uma classe com apropriação de poder.

No final do século XIX, a Medicina Social na Inglaterra passou, como vimos, a ser um instrumento de controle da sociedade a serviço da classe dominante. A Medicina Social moderna seguiu esse modelo da medicina da força de trabalho, citado por Foucault, articulada aos interesses capitalistas.

Assim, saúde para o trabalhador é tratada como uma política que interessa ao empregador e ao empregado, porque é exigida do Estado uma intervenção sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo do consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção. (MENDES & DIAS, 1991)

Segundo Rosen, este conceito da Medicina do Trabalho se colocou de forma hegemônica não havendo uma preocupação com a saúde de quem trabalha, mas sim com a reprodução da força de trabalho.

No IV Congresso Internacional sobre Acidentes Ocupacionais, realizado em 1910, em Bruxelas, observa-se que a Saúde do Trabalhador não era ainda uma preocupação no mundo industrializado, mesmo no contexto de países mais avançados. Este congresso marcou o início de um movimento de ação conjunta de lideranças dos vários níveis político-sociais para que o assunto fosse tratado colocando o homem enquanto assalariado e sujeito da produção. Os argumentos que pautavam este movimento eram de que a Saúde Ocupacional representava um custo para seu grupo de inserção social e com isto conseguiram que a Saúde Ocupacional passasse a ser uma preocupação não só em relação a legislações trabalhistas, como também para os Organismos Internacionais que tratam de normatizações sobre a Saúde. (ROSEN, 1994), entre elas a Organização Internacional do Trabalho - OIT.²

Diante dos fatores consequentes da primeira e segunda guerra e, entre elas, o período de grande depressão dos anos 30, é demandado do Estado moderno um maior investimento dirigido às necessidades individuais, familiares e comunitárias de seguridade social e serviços organizados. Para que isso se desse de forma eficiente e

² A OIT foi criada, em 1919, após a primeira guerra mundial. O seu objetivo foi de organizar, no âmbito internacional, as questões para desenvolvimento e harmonização de legislação trabalhista e melhorias nas relações de trabalho a nível internacional. Surgiu como resultado das reflexões éticas e econômicas sobre o custo humanitário, político e econômico da revolução industrial.

eficaz, fez-se necessário que as ações fossem descentralizadas, chegando ao nível local, o que exigia a participação dos membros da comunidade em sintonia com os princípios de cidadania – direitos e deveres – para a construção e melhoria da saúde individual e coletiva.

A tendência de assumir a responsabilidade de uma ação descentralizada, fazendo chegar à coordenação das ações de saúde aos indivíduos e grupos locais, foi universal e própria do Estado Moderno, apenas diferenciados no tempo e no espaço, em ritmos e variações próprias, conforme a realidade político-econômica e social de cada país. Este modelo contribui para o fortalecimento das reivindicações coletivas e torna mais acreditada as demandas dos trabalhadores que adquirem maior poder de negociação. (ROSEN, 1994)

Nessa perspectiva, após a segunda grande guerra, nos Estados Modernos, se consolida o modelo do Estado de Bem Estar Social que vai ter formatos, abrangência e características próprias em cada país, em função do contexto em que são criados. Gomes (2006, 203) define o *Welfare State* como:

(...) um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir uma certa “harmonia” entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social, suprimindo a sociedade de benefícios sociais que significam segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida, que possam enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente.

Neste modelo, é o Estado o agente regulamentador de toda vida e saúde social, política e econômica do país, responsável por medidas de proteção social. Isso se realiza pela garantia de serviços públicos, proteção à população dos trabalhadores e atendimento a empresas privadas, em níveis diferentes, de acordo com a nação em questão.

Entre os objetivos a serem alcançados com este modelo de Estado, há dois essenciais: a garantia do bom funcionamento do mercado e a defesa dos direitos dos cidadãos, especialmente em relação à saúde, educação e alimentação. Um de seus princípios fundamentais é a igualdade de oportunidades o que, ao longo do tempo, vai levar a criação de políticas sociais, aumentando o orçamento do Estado para essas áreas.

Neste contexto, no campo da saúde no trabalho, observam-se mudanças no conceito até então dominante, representado pela Medicina do Trabalho, no sentido de uma abordagem que envolve não apenas os indivíduos, mas o ambiente de trabalho e sua relação com a saúde.

Durante a segunda grande guerra, o cenário empresarial, com a evolução tecnológica acelerada dos equipamentos, continuou a submeter o trabalhador a riscos de sua saúde, causando doenças e mortes. Isto vai ser sentido não só pelos próprios trabalhadores, mas também pelos empregadores em função da escassez de mão de obra produtiva e até pelas seguradoras responsáveis pelas indenizações. Para que haja atendimento a esta nova situação, na qual incluem-se as mudanças nos processos produtivos, é necessário ampliar o olhar, deslocando-o daquele legitimado pela Medicina do Trabalho, com práticas biologicistas e que vê o trabalhador apenas como objeto de cuidados. Com os novos problemas e necessidades, o foco vai ter que ser ampliado para o indivíduo em seu ambiente numa proposta racional, mais científica, multi e interdisciplinar, com as práticas da Medicina Ocupacional. Assim, vamos ter como medidas para assegurar a saúde do trabalhador: o enfoque da medicina intervindo em riscos mais evidentes; a engenharia buscando a utilização dos equipamentos e ambientes e proteções individuais. Mas a previsão de interação com as ciências sociais fica ainda longe de ser alcançada, tendo em vista que ainda não se contempla a garantia da dignidade e vida no trabalho. (ROSEN, 1994)

A Saúde Ocupacional, com sua atuação multiprofissional, reflete a influência das escolas de saúde pública, como nos mostra Mendes & Dias (1991, 343):

Crescem a insatisfação e o questionamento dos trabalhadores - ainda que apenas 'objeto' das ações - e dos empregadores, onerados pelos custos diretos e indiretos dos agravos à saúde de seus empregados.

A resposta, racional, "científica" e aparentemente inquestionável traduz-se na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela *intervenção* sobre o *ambiente*, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões.

Esta nova abordagem vai requerer a estruturação de serviços especializados nas empresas e organizações, o que vai dar origem aos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT. Estes serviços ampliam o âmbito de atuação na saúde, mas ainda numa perspectiva de intervenção na saúde individual e prevenção de acidentes, sem, no entanto, enfrentar o problema em sua origem que é a reflexão e intervenção no processo de trabalho. O médico do trabalho avalia a capacidade do candidato a determinado trabalho e realiza reavaliações periódicas de sua saúde dando ênfase aos riscos ocupacionais aos quais este trabalhador está exposto. É mais um instrumento que serve aos empregadores pois o objetivo é monitorar a saúde do trabalhador para ter o controle da força de trabalho. (LACAZ, 2007)

Estes dois conceitos, a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional, convivem e se complementam até os dias de hoje e, se por um lado representam conquistas dos

trabalhadores, por outro ainda estão longe de se constituírem em práticas sociais efetivas.

O homem é um ser social, inserido no processo de trabalho e há que ser levado em conta que ele está exposto a acidentes ou doenças, mas a sua saúde transcende a análise de causalidade ou multicausalidade para além do ambiente de trabalho. Há aspectos físicos, psicológicos e sociais relevantes a serem percebidos e considerados pela sua complexa interação na vida e conseqüentemente na saúde do indivíduo e da coletividade. Quando se toma como matriz a prevenção ou a promoção da saúde no trabalho, há que se ter claro que isso são formas de controle da força de trabalho e o ideal será a regulação entre o crescimento econômico diretamente ligado ao progresso social.

A progressiva inter-relação, entre ciência, tecnologia e produção de bens e serviços, que se acentua na segunda metade do século XX, vem transformando o modo de produção capitalista, introduzindo novas formas de relação e, com isto, a saúde passa a ser objeto de planejamento e de políticas dos governos numa perspectiva de retração do Estado e de expansão do mercado.

O novo paradigma da produção capitalista gera novas formas de relação de trabalho que enfraquecem o poder de reivindicação coletiva dos trabalhadores e reduzem o papel do Estado nas relações de trabalho, o que diminui a regulação e, conseqüentemente, a proteção restringe também a proteção social.

Há uma mudança de relações entre sociedade e Estado e nos avanços conquistados no *Welfare State* com realação ao fortalecimento do atendimento das demandas da sociedade. O Estado não é mais entendido como intermediador e provedor sendo o pensamento hegemônico o de que os mercados devem funcionar livremente, tendo o Estado apenas o papel de regulador. Em nível político vamos ter o ideário neoliberal liderando e organizando as estruturas estatais, com diferentes ritmos e formas em cada nação. (GOMES, 2006)

No Brasil, segundo Gomes (2006), nunca se constituiu um sistema de seguridade social próximo ao *Welfare State*. O modelo de Estado que veio se construindo foi fundamentado em políticas de alianças, estrutura de classes e disputa entre grupos de interesses. Só com a Constituição Federal de 1988 é que vão ser incorporados os princípios da equidade, da justiça social e do redistributivismo para a construção de um Estado democrático, centrado na idéia de cidadania social num projeto de universalização da política social. Isto significa garantir o compromisso do Estado na

formulação de políticas mais efetivas na área social e na composição de uma aliança política entre a área econômica e a área social.

Paralelamente e na contra mão das mudanças que vinham acontecendo no capitalismo e seus impactos no mundo do trabalho, a experiência do movimento operário italiano, nos anos 60, recoloca a centralidade do trabalhador no processo de trabalho e contribui para a construção de um novo conceito para a saúde no trabalho. A Saúde do Trabalhador passa a ser considerada em sua dimensão política, sendo a busca pela transformação da realidade do trabalho, a base do modelo de intervenção. Para Tambellini (1988), o modelo de saúde do trabalhador, que tem origem no movimento operário italiano "(...) é a expressão do poder dos trabalhadores de ter saúde e tomar em suas mãos o controle de suas próprias vidas, saúde e trabalho" (TAMBELLINI, 1988,12).

Esta experiência, do Movimento Operário Italiano, tem sido a base conceitual para os movimentos sociais e acadêmicos no sentido de construir um novo conceito para a saúde no trabalho colocando o trabalhador como agente de produção de saúde, a partir da transformação do seu processo de trabalho.

Trazendo a discussão para a política de saúde do Brasil, a Constituição de 1988 considera a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, e a Lei 8080 de 1990, institui o Sistema Único de Saúde sob um novo enfoque pautado na universalidade, integralidade, equidade e controle social.

Neste contexto, o foco da atenção à saúde no trabalho passa a se caracterizar por uma intensa multiplicidade disciplinar e temática, aproximando-se do modelo de Saúde do Trabalhador.

O entendimento do trabalho e da saúde no contexto da vida estabelece um olhar particular ao objeto central da saúde do trabalhador, definido pela relação entre o processo de trabalho e a saúde inserida no cotidiano, para além das relações de emprego. (MACHADO, 2005, 01)

Atualmente, no Brasil, o que se observa é um processo de transição nos três modelos que historicamente têm orientado as práticas voltadas para as relações de saúde-trabalho: a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador estão presentes e se alternam em termos hegemônicos em função das relações de trabalho predominantes, do nível de organização dos trabalhadores e das políticas institucionais.

2. A participação dos trabalhadores e o controle social

Quando se faz referência ao estudo da relação trabalho e saúde, é fundamental o caminho que o Movimento Operário Italiano legou, como exemplo de luta pela saúde,

com a organização e a ação mais fortalecida dos anos 60 aos anos 70. Seus princípios nortearam a ação sindical e se fundamentam no poder de força dos trabalhadores em seus locais de trabalho. Foi uma das primeiras alternativas de enfrentamento marcante no sentido do resgate da subjetividade do trabalho.

O Sindicato é a associação que visa à defesa dos interesses de seus membros e foi a forma específica dos trabalhadores, surgida no processo de expansão do capitalismo, tendo sua origem na Inglaterra, como já referido acima. Embora tenha surgido em seqüências de manifestações violentas, estas foram marcadas pelos princípios da democracia, da liberdade, da justiça social e da igualdade. Explicitam, assim, os princípios da cidadania associados e impulsionados pelo princípio de solidariedade aos seus pares que vivem os mesmos problemas de situação de trabalho. Eles se desenvolveram de forma diversa no tempo e nos espaços políticos e econômicos como mediadores no seu papel de assegurar a dignidade do trabalhador numa sociedade democrática. As mudanças das estruturas econômicas dos últimos trinta anos do século XX não diminuíram a sua importância, mas alteraram as bases que davam sustentação ao seu poder político de barganha. (LACAZ, 1996) É um meio de luta para obter reivindicações mais justas para situações de trabalho dentro do sistema capitalista e a atenção do Estado ao trabalhador se deveu, em sua grande parte, ao crescimento da formação do sindicalismo operário exigindo melhores condições de vida e trabalho.

O Movimento Operário Italiano mostra que é através do conhecimento de sua ação que o operário vai poder não só fazer a investigação dos elementos de seus ambientes e processos de trabalho e a relação com a sua saúde, mas também buscar como lutar e alcançar a sua transformação. Para tanto, seu campo de observação não vai se restringir ao ambiente do local de dentro da fábrica, vai para além dos seus muros e são considerados em sua observação fatores provocados pelas cargas de trabalho, como seu processo de desgaste-fadiga e as conseqüências psicossomáticas.

Acrescenta-se a esse movimento de análise global da situação dos problemas de ambiente e de prevenção do risco em todo o seu contexto social - dentro e fora da fábrica, em horário dedicado ao trabalho e além dele - o componente do conhecimento com base teórica. O conhecimento vai oportunizar ao operário ordenar seu processo de trabalho e levá-lo à ciência de seu valor intrínseco. Outro ponto é com relação à consciência em relação à da subjetividade no processo de trabalho. E esse é o conjunto de elementos essenciais na observação para embasar a ação de luta, porque a ação não é uma forma isolada e sim coletiva, realizada por grupos chamados homogêneos quando compartilham das mesmas condições de trabalho e resultados validados

consensualmente refletindo a experiência coletiva. Assim, constroem “sua plataforma de reivindicações e... traçam uma estratégia de lutas para consegui-las.” (LAURELL e NORIEGA, 1989, 85).

Esta é uma abordagem em que a saúde é vista de um modo global, unitário, dinâmico, a partir da interação dos diversos fatores e agentes presentes no ambiente, com os agentes sociais envolvidos. Com isto, podemos dizer que o direito dos trabalhadores, de conhecer os riscos de exposição a que estão submetendo a sua saúde e fazerem as escolhas, está preservado. Muda a lógica do condutor do processo da investigação, não é o cientista, mas o próprio grupo operário. Esse caminho de validação é que vai marcar o alcance de poder de transformação conquistado por esse movimento de lutas na Itália.

Laurell e Noriega (1989, 88) colocam

(...) que essa experiência operária é imediatamente reveladora da essência da realidade, concepção empirista que novamente elimina a teoria como um momento necessário no processo de produção de conhecimento.

A comunicação entre operários e técnicos se fez de forma evolutiva e subsidiou o modelo com a competência de maneira a administrar os problemas relacionados à saúde no trabalho. O modo de vivenciar essa organização na defesa da saúde no trabalho vai mostrar maturidade também de articulação para interlocução em mesas de negociação, evidenciados pelas conquistas conseguidas neste movimento da história de luta de classe e sindical. A ação sindical determina, como cita Lacaz (1996, 90)

(...) uma situação nova no que diz respeito ao uso dos direitos e estruturas que, tradicionalmente em uma sociedade como a nossa, têm a missão de tutelar a segurança, a integridade psicofísica e a dignidade dos trabalhadores.

Os efeitos dessas ações debatidas e bem organizadas vão ser sentidos e concretizados em documentos no nível de lei do Estado, como o Estatuto dos Direitos dos Trabalhadores de 1970. Isto demonstra o potencial de poder político e cultural do movimento operário italiano.

Lacaz (1996,78) esclarece que

(...) o significado teórico e prático de admissão, por parte do sindicato, do valor da centralidade da fábrica como processo de mudança: se hoje existe um modelo de Serviço Sanitário Nacional, um modelo de Unidade Sanitária Local, e uma soldadura conceitual entre os modelos prevenção – tratamento - reabilitação (...) foram elaborados a partir da fábrica: o modelo de riscos e danos; do acordo entre as indústrias e as representações sindicais de fábrica (...) ratifica o que estava previsto no Contrato Coletivo Nacional do Trabalho de 1966...

O autor enfatiza ainda a socialização do modelo italiano sobre a criação do espaço para o trabalho intelectual aliando-se às necessidades da vida dos trabalhadores.

Apesar de todo avanço desse movimento, com todas as suas conquistas políticas, quando ele teve a sua fase de situação emergente e dominante, na segunda metade da década de 70, houve um paulatino abandono deste enfoque globalizante. Com isso, diante das mudanças na sociedade e da reorganização do processo produtivo impostos pelos avanços tecnológicos e de automação, volta a se fortalecer a opção de dar ênfase no ambiente de trabalho. Aos poucos, os grupos cada vez mais corporativos, mostram forças por outro viés: através de exigências salariais, de assistência para a saúde e de normas mais imediatas. Mas é um movimento que foi e ainda é de expressão mundial em idéias, método e ideais que deixou marcas e tem seus princípios seguidos com ações entre trabalhadores do mundo até os dias de hoje.

De acordo com Oddone (1986), o Movimento Operário Italiano mostra a realidade com base nos saberes formais e informais, da experiência individual validada pelo grupo de trabalhadores. Esta forma de investigação vem acompanhada pela criação do conceito de *Comunidade Científica Ampliada* e, assim, há compreensão da importância do encontro dos trabalhadores com pesquisadores num movimento de construção do saber e poder de intervenção nos locais de trabalho. Trata-se de um *diálogo crítico* entre os saberes fundados na experiência tendo como protagonista o “grupo operário homogêneo”, com seu saber “informal”, e o conhecimento científico, com o saber “formal”. Oddone (1986,77) afirma que

(...) o poder de ação dos coletivos dos trabalhadores (...) a tarefa consiste em inventar ou reinventar os instrumentos dessa ação, não mais iniciando protesto contra pressões ou “as negociando”, mas pela via de sua superação concreta.

O princípio da saúde integral do trabalhador invoca o direito à saúde no seu sentido irrestrito da cidadania plena. Na prática, se traduz em ações que incluem a promoção, a prevenção e a assistência, a serem executadas de forma integrada e sempre com o objetivo do alcance da saúde integral do trabalhador, através de uma abordagem interdisciplinar e intersetorial. Inclui-se, assim, uma ação de articulação com ampla e efetiva participação de trabalhadores, de técnicos e pesquisadores, de instituições de ensino, de representantes sindicais, de serviços, da sociedade civil organizada e de outros atores institucionais e sociais. É importante que, dessa forma, seja forjada uma aliança tácita conseguir do Estado uma política coerente com as reais demandas.

Segundo esta concepção, a participação do trabalhador no processo de construção de políticas é o que legitima toda a eficácia de qualquer política pública. Este ator detém

o conhecimento, ou, podemos dizer o saber do processo de trabalho e do impacto do trabalho em sua saúde e, portanto em sua vida.

O campo da Saúde do Trabalhador torna-se uma prática social instituinte, propondo-se a contribuir para a transformação da realidade da saúde não só dos trabalhadores, mas da população como um todo, a partir da compreensão dos processos de trabalho particulares, de forma articulada com o consumo de bens e serviços e com o conjunto de valores, crenças, idéias e representações sociais próprias deste momento da história humana (DIAS,1994).

E para concluir sobre a abrangência dos conceitos, vemos que a consolidação da Saúde do Trabalhador no SUS, muitas vezes trouxe a indistinção conceitual entre a expressão Saúde do Trabalhador e o campo da Saúde Ocupacional. Há que se separar: papéis, perfis e competências.

Está claro que o campo da Saúde do Trabalhador tem uma dimensão de saúde ampliada e ao Estado cabe sua regulação no sentido de vigiar para garantir o direito a todos, enquanto política de saúde pública. Para tanto, precisará se organizar no sentido político e de estrutura para ter a vigilância enquanto instrumento técnico legítimo de intervenção. O campo da Saúde Ocupacional é o campo técnico de normas que deve reger a relação contratual de trabalho entre empregado-empregador.

O desafio, no entanto, é construir esta nova realidade num cenário de mudanças econômicas e políticas que favorecem a retração do papel do Estado e a desmobilização dos movimentos representativos dos trabalhadores, numa sociedade como a brasileira, onde não há tradição de conquistas trabalhistas e de um sistema de seguridade social forte e universal.

3. Marcos Regulatórios da Saúde do Trabalhador no Brasil: Setor Público e Setor Privado

Quando nos referimos à Saúde do Trabalhador, já estamos compreendendo a relação saúde-trabalho na sua forma diferenciada de atenção aos trabalhadores no seu ambiente de trabalho. Mas, para que se possa chegar ao seu conceito, devemos ir além do que rege os contratos de trabalho, começando com a dimensão histórica da luta do trabalhador pela garantia e ampliação de seu direito de cidadania que, no Brasil, foi outorgado pela Constituição de 1988 a todos os trabalhadores.

A preocupação principal quando o enfoque é a contratualidade é ter clara a diferença de conceitos entre a Saúde do Trabalhador e a Saúde Ocupacional na relação empregado-empregador e apontar que aproximações e diferenças existem entre elas.

Seguindo historicamente o movimento dessa luta política e suas conquistas no contexto internacional, destacamos, num primeiro momento, a Revolução Industrial, quando o Estado cria regras para o controle das condições de saúde-trabalho, que vão reger os contratos entre empregado-empregador. É no advento do Direito Trabalhista que se insere a Medicina do Trabalho, respondendo tecnicamente as exigências da lei. As regras do Direito Trabalhista buscam a preservação do corpo trabalhador, de modo a manter a força de trabalho e a sua capacidade de reprodução. Com a evolução das lutas dos trabalhadores sempre no sentido de expandir os seus direitos, estes vão também conquistar o Direito Previdenciário com seu aspecto protetor e reparador, que vai além do promotor preventivo do Direito Trabalhista. (VASCONCELLOS e OLIVEIRA, 2008)

Nas lutas dos trabalhadores, pela garantia e ampliação de seus direitos e diminuição de seus riscos no trabalho, há momentos de respostas expansionistas ou outros mais retráteis, dependendo de conjunturas e forças políticas em espaços e tempos diferentes. São lutas políticas dos trabalhadores que, pela sua organização, exigem melhores condições de saúde e de vida no trabalho. Mas fica também explícita a vulnerabilidade da regra, em virtude de suas limitações, sempre aquém das necessidades de garantir a vida e a saúde no trabalho.³

A Medicina do Trabalho dá respostas técnicas para o controle das condições de risco do corpo do trabalhador no ambiente de trabalho, mas suas regras normativas são insuficientes diante de novas demandas oriundas do próprio modo de produção com técnicas diferenciadas de impacto na saúde dos trabalhadores. Assim, diante da necessidade de expansão dessas regras, para seu atendimento com respostas condizentes, são incorporados conhecimentos técnicos de outras disciplinas e surge o campo da Saúde Ocupacional com as exigências técnicas e normativas contratuais subsidiadas por um conhecimento interdisciplinar.

No período após a segunda guerra, houve expansão desses direitos, especialmente, no contexto da Guerra Fria. Os Estados de bem-estar social (*Welfare-state*) foram os garantidores deste processo de expansão dos direitos, impulsionados e potencializados pelos movimentos de trabalhadores. Um exemplo dessa luta por maiores direitos de saúde dos trabalhadores ocorreu na Itália, especialmente nos anos

^{3 3} Apontamentos de aula proferida pelo professor Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos em 01/10/2008. Disciplina Saúde e Trabalho - Trajetória política a partir de marcos históricos, legais e conceituais.

1960, com o Movimento Operário Italiano, apoiado pelo Partido Comunista Italiano, ao qual já nos reportamos anteriormente.

No Brasil, a legislação trabalhista, com o objetivo de proteção e manutenção da saúde do trabalhador, ocorre de forma tardia em relação aos países desenvolvidos. Pressionado pelas influências das transformações acontecidas na Europa em relação às normas de proteção ao trabalhador, a adesão do Brasil em participar como signatário da OIT e pelos movimentos operários aumentados com a emergência da industrialização, o governo brasileiro fez várias leis de regulação do trabalho no princípio do século XX. Mas estas abrangiam alguns poucos aspectos da questão trabalhista e menos ainda da questão previdenciária.

A primeira lei considerada de previdência social foi a Elói Chaves, que deu início à abertura de várias outras caixas com objetivo de ajuda médica, aposentadoria e pensões, mas só davam cobertura aos trabalhadores de empresas de grandes centros.

Em 1930, foi criado o Ministério do Trabalho, no Brasil. A Legislação Trabalhista foi instituída, no governo do Presidente Getúlio Vargas através do Decreto Lei nº 5.452, de 01/05/1943, que cria a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, com o objetivo de reunir as leis existentes, onde estão estabelecidas as normas para regular as relações individuais e coletivas de trabalho. Esta é a primeira lei geral que se aplica a todos os empregados, sem distinção da natureza do trabalho e que, diante da dinâmica da vida no trabalho, tem necessidade de atualização e sofre alterações até os dias de hoje.

Foi criada a Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho - Fundacentro, em 1966, para realizar estudos e pesquisas pertinentes aos problemas de segurança, higiene e medicina do trabalho. Em dezembro de 1977, a CLT dedica seu Capítulo V à Segurança e Medicina do Trabalho.

Neste processo de ampliação da regulação das relações de trabalho, são criadas em 1978, pela Portaria nº 3.214, de 08/06/1978 as 28 primeiras Normas Regulamentadoras – NRs, instrumento que regula as condições relativas à segurança e medicina do trabalho no Brasil. Entre elas estão aquelas referentes aos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, aos Equipamentos de Proteção Individual – EPI, ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCSMO e ao Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA.

Estas normas são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis

do Trabalho - CLT. A Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho – SSST é o órgão de âmbito nacional competente para coordenar, orientar, controlar e supervisionar as atividades relacionadas com a segurança e medicina do trabalho e a Delegacia Regional do Trabalho - DRT, nos limites de sua jurisdição.

Em relação à Previdência Social, nos anos 60, ocorreu a criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social, com a unificação dos antigos institutos de aposentadoria e pensões das diferentes categorias profissionais. As ações de assistência e previdência, então, passam a ser coordenadas por este Instituto e mais tarde, nos anos 70, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS. A regulação era feita pelo Ministério do Trabalho – MT e ao Ministério de Previdência e Assistência Social - MPAS cabia, através do INPS, as ações de perícia médica, acidente de trabalho, reabilitação profissional, benefícios.

O MPAS, hoje no Brasil, depois de inúmeras mudanças em curso, tem o INSS, como responsável pela perícia médica, reabilitação profissional e pagamento de benefícios. Mas, somente os trabalhadores com vínculo CLT, têm direito aos benefícios de acidentes, o que os diferencia dos outros, mesmo dos contribuintes autônomos.

A regulação do trabalho e a proteção social no âmbito do setor público seguem uma trajetória diferente do setor privado. Enquanto no primeiro, o marco de referência é a CLT e sua complementação pelas Normas Regulamentadoras, no setor público o marco de referência é dado pela criação do Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União, primeiro documento desse tipo estabelecido no Brasil pelo Decreto-Lei nº 1.713 de 28/10/1939.

Assinado por Getúlio Vargas, esse estatuto vai sinalizar somente alguns pontos de relação trabalho-saúde do seu funcionário na Lei 6.732 de 1979 sobre o provimento de aposentadoria, no qual é incluído o acidente de trabalho e a doença decorrente das condições de serviço ou de fatos nele ocorridos.

Logo em seguida, foi criado pelo Decreto-Lei nº 2.865, de 12/12/1940, o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores dos Estados – IPASE, com a intenção de ser um instrumento de proteção social para os funcionários públicos e suas famílias, instituindo um regime de benefícios de pensões, pecúlio e outras formas próprias de seguro privado com opção de contribuir para obter financiamentos e complementar as pensões.

Em 1990, substituindo o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União, no bojo da nova Constituição, é criado o Regime Jurídico Único dos Servidores Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais - RJU, instituído no Governo

Fernando Collor de Mello, pela Lei n.º 8.112, de 11/12/1990, que passa a regular as relações de trabalho no setor público. Esta lei torna os trabalhadores do serviço público regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, estatutários com direito à aposentadoria integral e sua legislação não vai mais estar vinculada ao INSS.

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

O RJU mereceu especial atenção no processo de Reforma do Estado em termos de reformulação legal. Em pouco mais de doze meses foram alterados 58 dos seus 253 artigos originais e, ainda, revogados outros 7 artigos e 13 alíneas, incisos e parágrafos, com redação dada pela Lei n.º 9.527 de 10/12/97 (Mare, 1998). Dentre as alterações sobre as relações saúde-trabalho, destacam-se a modificação das regras para a concessão de licença para tratamento de saúde do servidor e a terceirização das perícias, avaliação ou inspeção médica, na ausência de médico do órgão ou de junta médica oficial. Foram alterações realizadas, no decorrer dos governos Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, culminando nas mudanças apresentadas pela Lei n.º 11.907, de 02/02/2009, em que se destacam nas relações saúde-trabalho novas regras de licença por doença de familiares e do próprio servidor e de aposentadoria por invalidez; a inclusão de perito-odontólogo e a realização de exame médico periódico para o servidor.

Em 1º de julho de 1998, a Portaria n.º 3.120 do Ministério da Saúde, ratifica os princípios da Lei 8080/90: de universalidade, de integralidade de ações, de controle social com articulação, com formação de redes e sistemas e o caráter transformador de intervenção, sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho. Essa portaria inclui todos os trabalhadores com vínculo público ou privado. É nesse período e diante desse cenário que o papel do servidor público passa a ser foco de uma discussão de qualificação para uma carreira típica, através das reformas implementadas pelo Estado.

A Constituição de 1988 garantiu, enquanto um direito de todos e dever do Estado, o atendimento à saúde integral e universal, superando as limitações dos direitos tradicionais da legislação até então vigente. Essa conquista do movimento da Reforma

Sanitária Brasileira contribui para a superação da dicotomia histórica dos Direitos Trabalhista e Previdenciário, que até então atuavam como condutores hegemônicos das condições de vida e saúde no trabalho.

A partir daí, os espaços acadêmicos e os movimentos representativos – como os das Conferências de Saúde do Trabalhador, vêm discutindo a saúde do trabalhador a partir dos princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, equidade, entendendo as relações de saúde-trabalho como campo de ação da saúde pública.

Este movimento encontra respaldo internacional através de organismos das Nações Unidas como a Organização Internacional do Trabalho – OIT, a Organização Mundial da Saúde - OMS e a Organização Pan-americana de Saúde – OPAS, que elaboram documentos direcionados à saúde dos trabalhadores, mencionando a atenção necessária a ser prestada incluindo os trabalhadores do serviço público. O Brasil tem dentre as convenções da OIT reconhecidas, ratificadas e promulgadas, em vigor, as de nº 155 do ano de 1981 – Segurança e Saúde dos Trabalhadores e a de nº 161 do ano de 1985 - Serviços de Saúde no Trabalho. Estas duas que abrangem o servidor público, não estão até hoje com ações efetivamente implementadas.

Em relação à seguridade, a Constituição Federal de 1988 – no Título VIII: Da Ordem Social, no Cap. I - Art. 193 já se refere ao trabalho:

A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais”. E no Capítulo II especifica no Art. 194 “que a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. E especifica que “compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; V - equidade na forma de participação no custeio; VI - diversidade da base de financiamento; VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

A Lei 8080/90, no seu Art. 1º “regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado”.

Para o servidor público, que é o objetivo de nosso trabalho, não existe até hoje regulação específica, como vai ser demonstrado no próximo capítulo. Diferentemente do trabalhador privado, o servidor público tem um Estatuto que é o Regime Jurídico Único - RJU com a legislação de proteção social e um regime próprio de Previdência

Social. A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST ainda está em consulta pública não havendo um processo sistemático de implementação de medidas de proteção e manutenção da saúde do trabalhador ficando a sua condução à mercê do gestor de cada instituição.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST, em sua proposta, qualifica o trabalho como determinante social de saúde da população e, assim, em suas diretrizes, o conceito de Saúde do Trabalhador é visto como uma responsabilidade ampla e coletiva do Estado promotor para garantir o direito pleno a todos os cidadãos e não a um grupo. Ela é extra-setorial por ser responsável pela promoção da saúde para a população trabalhadora como um todo.

Uma vez elaborada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador - PNSST, os instrumentos jurídicos e outros instrumentos orgânicos deverão ordenar as diretrizes de cada setor e situação. Assim deverão ser cobertos os acordos e contratos de trabalho, em suas regras, sujeitos à regulação do Estado e também à fiscalização. O seu cumprimento, quando restrito ao atendimento às normas regulamentadoras, não abrange os princípios da Saúde do Trabalhador e sim aos da Saúde Ocupacional, mas pode ser considerado um avanço, na medida em que sem esta regulamentação o trabalhador do setor público, atualmente, não dispõe de nenhum mecanismo legal que lhe garanta sequer a saúde ocupacional.

Apresentação e conceituação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST

1 – A construção da Saúde do Trabalhador no Brasil

Nesse cenário apresentado no capítulo II, quando discutimos o processo de construção da Saúde do Trabalhador no Brasil, é possível perceber que o país vivencia, no momento, os primeiros resultados de uma mudança no sentido da democratização, num período pós-ditatorial, vivendo de maneira intensa a reorganização dos movimentos sociais.

No âmbito da saúde e, mais especificamente, no campo da Saúde do Trabalhador os movimentos sociais no Brasil, tiveram forte influência da Reforma Sanitária Italiana, responsável por introduzir um conjunto de idéias de mudanças e transformações necessárias à área da saúde diretamente relacionadas com a melhoria das condições de vida da população.

Como consequência das conquistas sociais na saúde pela Constituição Federal de 1988, a saúde dos trabalhadores passa a ser incluída como responsabilidade do Sistema Único de Saúde – SUS, integrando as ações de vigilância dos ambientes de trabalho às de atenção à saúde dos trabalhadores. Depois das Constituições Estaduais de 1989, que ratificaram esses preceitos, foi promulgada em 1990 a Lei Orgânica da Saúde - lei 8080, estruturando organicamente o sistema de saúde, nos diversos níveis: federal, estadual e municipal, dando uma nova ordem à área e configurando a diretriz de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Portanto, a concretização dos princípios da Reforma Sanitária e seus fundamentos foram inseridos no texto constitucional de 1988 dando, assim, relevância pública e força jurídica às ações de saúde, a partir do conceito ampliado de saúde ligada a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Além da criação do SUS, a reforma mostra que o conceito de saúde e doença é mais amplo e que, assim, é preciso discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente. O conceito de saúde e de gestão

política das práticas sanitárias passou a uma nova reflexão com significação do coletivo em lugar do público (PAIM, 1997).

Partindo do conceito de Promoção de Saúde como busca da melhoria global do estado de bem-estar ou da qualidade de vida do grupo ou da comunidade, há que se aprofundar o conceito vigilância em saúde. Assim, passa-se a concebê-lo como um setor no campo de práticas das políticas sociais e, com o apoio da interdisciplinaridade, no da Saúde Coletiva. Esse é um campo desenvolvido por instituições universitárias e de escolas de Saúde Pública da América Latina e do Brasil, com estudos teóricos e políticos buscando expressar a saúde como fenômeno social. Esse trabalho teórico e empírico difundiu-se em centros de estudos, associações profissionais, sindicatos de trabalhadores, organizações comunitárias, religiosas e partidos políticos, contribuindo para a formulação e execução de um conjunto de mudanças identificadas com o conceito de saúde do trabalhador na Reforma Sanitária Brasileira.

Assim, seus princípios e diretrizes com racionalidade organizativa, norteiam o SUS conferindo-lhe ampla legitimidade enquanto um sistema voltado para o bem estar social. São eles: a **Universalidade** – direito a todos e acesso sem discriminação; a **Integralidade** – garantia de promoção, proteção, cura e reabilitação; a **Equidade** – direito à igualdade no atendimento. A descentralização, com ênfase na municipalização e na participação social, dá alcance ao verdadeiro controle social e não mais público estatal. São estes princípios que vão também fundamentar as políticas sociais na Constituição de 1988 como objetivos da seguridade social. (VASCONCELLOS e OLIVEIRA, 2000).

Diante das manifestações e atuações dos órgãos internacionais, começa a ser delineada a possibilidade de que a Saúde Pública, no Brasil, assumira papel ativo na condução do movimento dos “Programas de Saúde dos Trabalhadores” com várias experiências nos estados brasileiros, com ações de assistência e de vigilância dos ambientes e locais de trabalho. Desde 1975, os Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMTs – foram criados nas empresas, mas ainda, com a atribuição de tutelar a saúde dos trabalhadores, aliando os interesses de controle da força de trabalho com a produtividade e o lucro (LACAZ, 1997).

Apesar do pouco tempo de vida dos Programas de Saúde do Trabalhador – PSTs, as práticas aí acontecidas fizeram com que a Saúde do Trabalhador passasse a fazer parte do planejamento do Sistema Único de Saúde – SUS (DIAS, 1994).

Como já mencionado no capítulo anterior, até a Constituição de 1988, a saúde dos trabalhadores era de responsabilidade do Ministério do Trabalho, que fiscalizava os

ambientes de trabalho, e do Ministério da Previdência e Assistência Social, que concedia os benefícios e cuidava da assistência médica aos acidentados.

No início dos anos 90, observamos que as políticas públicas dirigidas aos trabalhadores, no Brasil, a cargo dos Ministérios do Trabalho e Previdência, se caracterizaram pela proteção da sua saúde de forma tutelada, considerando-os agentes passivos na relação saúde-trabalho e entendiam a preservação da saúde no trabalho como uma exigência contratual de trabalho e não como direito pleno de cidadania (VASCONCELLOS e OLIVEIRA, 2000).

O primeiro Programa dedicado às atividades da Saúde do Trabalhador foi o Ambulatório de Doenças do Trabalho da Universidade Federal de Campinas - UNICAMP, criado em 1978, mas o início das atividades só aconteceu, no âmbito dos Estados, em São Paulo, com o governo Montoro, 1983, na Bahia e no Rio de Janeiro após as eleições de 1987 e se generalizou entre 1991 e 1992. Estes Programas deram origem a uma cultura de atenção à saúde do trabalhador (DIAS,1994).

As Unidades de Assistência à Saúde do Trabalhador tiveram sua origem ao longo dos anos, com vários formatos e nomes, dentro da concepção de Saúde do Trabalhador influenciada pelo modelo italiano. Por uma questão estratégica, muitas vezes foram criadas instâncias específicas, ora na linha da Vigilância, ora na linha assistencial, ou mesmo em ambas. O fato resultou nos Programas de Saúde do Trabalhador, com diversos nomes: Programa propriamente dito, Centros de Referência, Núcleos, Gerências, Departamentos etc. Sua característica básica reside no fato de a elas se atribuírem, invariavelmente, ações de caráter executor. (VASCONCELLOS e OLIVEIRA, 2000).

Os movimentos sindicais, de forma bastante desarticulada, tentaram garantir as conquistas em termos de gestão e participação nos Programas de Saúde dos Trabalhadores - PSTs, mas não conseguiram ir muito além do papel de assessores técnicos das questões de saúde no trabalho. Foi criado então desde outubro de 1990, o Instituto Nacional da Saúde no Trabalho – INST, que é o órgão de assessoria técnica ligado à Central Única dos Trabalhadores – CUT, para as questões de saúde, condições de trabalho e meio ambiente. Mas a estratégia de ação dos sindicatos ainda encontra-se bem longe da ideologia centrada no objetivo da saúde no trabalho, aproximando-se mais da lógica da luta pelo ganho salarial. Nas mesas de negociação, a visão compensatória satisfaz, ficando esquecida a premissa de que “saúde não se troca por dinheiro”. Assim é a realidade, embora as normas legais busquem reconhecer e garantir os direitos fundamentais dos trabalhadores: direito à informação sobre todo o processo de trabalho,

com seus riscos e controle para si e para seu ambiente de trabalho e direito de opção sobre o processo de trabalho - das condições e ambiente de trabalho - e suas mudanças. (LACAZ, 1997).

Paralelamente, as universidades produziram estudos interdisciplinares e contribuíram com suas pesquisas e estudos a partir da posição de parceiros nas ações de investigação, comprovando sobre os estados de saúde. Também difundiram informações e formaram profissionais na área da saúde e, mais especificamente, na Saúde do Trabalhador.

Na 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida em 1994, quando houve uma grande mobilização de diversos grupos sociais e setores institucionais do governo e de sindicatos, foram feitas discussões e propostas no sentido de uma política nacional de Saúde do Trabalhador, com foco voltado para a municipalização das ações. Sua consequência mais concreta foi a elaboração da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - NOST, no SUS, que foi referendada na Portaria 3.908 de 1998 e passou a ser uma espécie de guia operacional para os Estados e Municípios (VASCONCELLOS e OLIVEIRA, 2000).

Assim a Saúde do Trabalhador, na sua prática, caminhou em várias direções, com diferenças regionais num país em que os questionamentos e reivindicações existem, mas as ações são pulverizadas. Na perspectiva institucional, persiste o problema de ações independentes e superpostas, do Ministério do Trabalho, da Previdência Social, da Saúde e, hoje acrescentadas as do Meio Ambiente. Estas instâncias não levam em consideração o fato de estarem tratando de um único tema: a saúde do trabalhador e, como resultado dessa prática, constata-se uma enorme deficiência nas ações do governo.

As transformações no cenário mundial, em termos econômicos, e suas consequências no mundo do trabalho, levando, entre outras questões, à precarização das relações de trabalho e ao descompromisso das empresas com a saúde do trabalhador. Em função das terceirizações e da reação da sociedade civil organizada, manifestada nas Conferências Nacionais e vocalizada pelas representações sindicais, o governo brasileiro foi levado a estruturar uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST, de forma a regular e monitorar as relações de trabalho e seu impacto na saúde do trabalhador.

Com esta intenção de cumprir o seu papel e considerando ser seu dever, o Estado brasileiro implementa medidas voltadas para a questão da saúde e dá relevância pública a ações e serviços nesta área, nos termos da Constituição Federal. Para isto, considera

como uma necessidade retomar a compatibilização integrando as ações de saúde e trabalho, desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho, Saúde e Previdência e Assistência Social voltadas para o atendimento das demandas referentes à questão da saúde dos trabalhadores. Isto é o que já vinha sendo tentado desde 1993 com a criação da Comissão Interministerial da Saúde do Trabalhador – CIST, e logo após do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador - GEISAT.

Pela Portaria Interministerial n.º 01, de 20/04/1993, foi criada a Comissão Interministerial da Saúde do Trabalhador – CIST, que teve como tarefa apresentar propostas de compatibilização e integração de políticas e práticas das ações sistêmicas de atenção à saúde do trabalhador, como uma iniciativa de se estabelecer políticas intersetoriais. Esta comissão traçou as áreas de competências comuns para as ações de fiscalização e vigilância dos ambientes de trabalho, mas as forças sociais não tiveram êxito no esforço de realizar tal integração institucional, em que o papel do Estado seria o de determinar políticas intersetoriais com um posicionamento mais contundente. Foram realizadas outras tentativas nessa direção, por parte do governo, para resolver esta questão, mas não tiveram capacidade de adequação e, portanto, não tiveram bons resultados (VASCONCELLOS e OLIVEIRA, 2000).

No final de 1993, o governo cria o Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador - GEISAT, constituído por representantes dos três ministérios e instituído pela Portaria Interministerial n.º 18, de 09/11/1993. Conforme esta Portaria o GEISAT é

de caráter permanente, incumbido de buscar, promover ações integradoras, harmonizadoras e sinérgicas entre os vários órgãos de execução, na implantação concreta de políticas emanadas dos respectivos Ministérios e dos Conselhos Nacionais de Saúde do Trabalho e da Previdência visando melhorar os serviços públicos oferecidos.

A criação do GEISAT tem a intenção de garantir a articulação para se chegar à integração de ações que deve partir desde a estrutura maior dos ministérios, pois a sua organização de trabalho é que deverá refletir o papel do Estado como o responsável pela definição, regulação e fiscalização de políticas públicas. Para tanto, suas instituições enquanto seus representantes, com suas missões, determinadas para desempenhar ações de sua competência e, quando estas tem interfaces, o façam de maneira harmônica para garantir eficiência, efetividade e eficácia na implementação destas políticas, com princípios e práticas condizentes com a democracia.

Na Portaria Interministerial MT/MS/MPAS n.º 7, de 25/07/1997, os Ministros do Trabalho, da Saúde e da Previdência e Assistência Social ratificam a instituição do

GEISAT e suas atribuições e estabelecem a coordenação em sistema de rodízio. Mais tarde, pela Portaria Interministerial n.º 1570/GM, de 29/08/2002, os ministros reiteram

a importância de aprimorar o funcionamento de GEISAT e, ainda, as relações institucionais, adequando-as aos novos preceitos legais de interesse à saúde dos trabalhadores, e resolvem: no Art. 1º Estabelecer como responsabilidade do GEISAT a formulação e o encaminhamento, a cada dois anos, de um **Plano de Ação Conjunta na Área de Saúde do Trabalhador** para fins de exame e aprovação dos Ministérios que o integram.

Outros grupos de trabalho foram constituídos para atendimento desta tarefa intersetorial e, em 13/02/2004, a Portaria Interministerial n.º 153, estabeleceu que o grupo teria entre as suas atribuições a de:

- a) reavaliar o papel, a composição e a duração do Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador – GEISAT (instituído anteriormente em 1997);
- b) analisar medidas e propor ações integradas e sinérgicas que contribuam para aprimorar as ações voltadas para a segurança e saúde do trabalhador;
- c) **elaborar proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, observando as interfaces existentes e ações comuns entre os diversos setores do Governo;**
- d) analisar e propor ações de caráter intersetorial referentes ao exercício da garantia do direito à segurança e à saúde do trabalhador, assim como ações específicas da área que necessitem de implementação imediata pelos respectivos ministérios, individual ou conjuntamente e,
- e) compartilhar os sistemas de informações referentes à segurança e saúde dos trabalhadores existentes em cada ministério. (MS, 2008)

Na apresentação do documento da PNSST há a seguinte consideração, na qual estão claros os princípios a serem seguidos no sentido de superar a fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores trabalho, previdência social, saúde e meio ambiente:

(...) para que o Estado cumpra seu papel na garantia dos direitos básicos de cidadania é necessário que a formulação e implementação das políticas e ações de governo sejam norteadas por abordagens **transversais e intersetoriais**. Nessa perspectiva, as ações de segurança e saúde do trabalhador exigem uma atuação **multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial** capaz de contemplar a complexidade das relações produção-consumo-ambiente e saúde.

A elaboração da proposta da PNSST tem o objetivo pautado nestas recomendações de estruturar a formulação e implementação das políticas de governo com estas abordagens, garantindo a cidadania. Seu texto foi elaborado, divulgado pela Portaria Interministerial 800, de 30/05/05, e está em consulta pública.

Numa análise sobre as ações de implementação descritas na PNSST, nota-se que pouco foi realizado de suas recomendações e suas ações ainda demonstram dificuldade no alcance de um dos seus principais objetivos que é o de superar a fragmentação,

desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores trabalho, previdência social, saúde e meio ambiente. Está em seu texto a necessidade de interfaces com as políticas da área econômica, da agricultura, da indústria e comércio, ciência e tecnologia, educação e justiça para o alcance da articulação com os setores organizados da sociedade civil, o que também ainda não é o que se realiza.

As discussões sobre elaboração e aprovação da PNSST ainda continuam hoje. Foi designada nova Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho pela Portaria Interministerial nº 209, de 14/07/2008, publicada no DOU, de 15/07/2008, para dar continuidade aos trabalhos com relação à PNSST, conforme as recomendações da Convenção 187/86 da OIT, assinada pelo Brasil, mas ainda não ratificada e, portanto, não promulgada. Ela trata da Estrutura da Promoção da Saúde e Segurança no Trabalho e

estabelece que deverá ter uma rede de formação e informação de SST que permita, através da educação, suscitar mudanças positivas no ambiente de trabalho beneficiando todas as partes interessadas, incluindo trabalhadores, empresas e toda a sociedade.

No processo de consolidação da construção da rede SUS, o Ministério da Saúde propõe a reestruturação do modelo de atendimento ao trabalhador sob um novo desenho, o de rede. Assim a Portaria nº 1679, do Ministério da Saúde, de 19/09/2002, institui a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no SUS e planeja articular três níveis de gestão: o Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde dos Estados e Distrito Federal e a Secretaria de Saúde dos Municípios. Ela pode ser compreendida como uma ferramenta estratégica no sentido da construção, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, de uma efetiva política de Estado na área do atendimento à Saúde do Trabalhador. (MS 2008).

Nesta Portaria do Ministério da Saúde, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRSTs são definidos como pólos irradiadores, no âmbito de uma determinada região, da cultura especializada de saúde do trabalhador. Estes devem assumir a função de suporte técnico e científico deste campo do conhecimento, junto aos profissionais de todos os serviços da rede do SUS nele existentes, orientando-os nas suas práticas de atenção. Este suporte não traduz unicamente a função de núcleo de inteligência ou de supervisão desta rede de serviços, mas concretiza também práticas conjuntas de intervenção especializada e, particularmente, em práticas assistenciais especializadas.

A proposta de se inserir no SUS a atenção à Saúde do Trabalhador é a de qualificar essa atenção não só para estrategicamente mais perto do usuário, mas também

a propiciar com resolutividade. Apesar de sua complexidade, a rede se estrutura basicamente num sistema de comunicação bem articulado, portanto a análise sobre o processo de gestão das ações no vários níveis vai permitir o grau de participação social e a conseqüente resolutividade objetivada. (HOFEL e DIAS, 2005).

Esse modelo de gestão, em rede, poderá garantir mecanismos de controle, resolução de conflitos e tomada de decisões necessárias para dar o caráter de eficiência e efetividade a esta área de Saúde do Trabalhador, contribuindo para a promoção social e política do cidadão trabalhador.

2 - A atenção à saúde no trabalho no setor público federal

Percorrendo a história da administração pública e sua conduta no que concerne aos direitos dos servidores relacionados à saúde no trabalho, constata-se que as mesmas se restringem ao que diz respeito a normas de aposentadoria, remuneração de licenças para tratamento de saúde e instituição do adicional de insalubridade e periculosidade. A partir da Constituição de 1988 e da criação do RJU, faz-se necessário uma reorientação política e conseqüentemente uma reestruturação administrativa, no nível da burocracia federal, de forma a assegurar as conquistas sociais previstas na nova carta constitucional.

Assim, pelo Decreto n.º 93.211, de 03/09/1986 foi criada a Secretaria de Administração Pública da Presidência da República – SEDAP, órgão de assessoramento imediato ao Presidente da República, que substitui o Departamento de Administração do Serviço Público - DASP em suas funções. Em sua estrutura básica, estava a Secretaria de Recursos Humanos, como o órgão central do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC. Esta, por sua vez, vai ser incorporada, em 1989, à estrutura da Secretaria de Planejamento – SEPLAN e, com sua extinção no Governo Collor, ela passa a ser Secretaria da Administração Federal – SAF, órgão de assistência direta e imediata ao Presidente da República (MPOG, 2008).

É do período do governo Fernando Collor de Mello (15/03/1990 a 02/10/1992) a instituição do Regime Jurídico Único dos Servidores Cíveis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais – RJU, que inclui como estatutários os que trabalhavam, até então, no serviço público, os contratados pela CLT. Essas mudanças de regime vão abranger o direito à aposentadoria integral, estabilidade no serviço e desvinculação da Previdência Social.

Nas disposições do RJU, em seu artigo 69, encontram-se critérios de concessão dos adicionais pelo exercício de atividades insalubres, perigosas ou penosas e outros, relativos ao local ou à natureza do trabalho.

Embora não tenha feito parte do programa político que elegeu o governo em 1994, o tema Reforma do Estado mereceu atenção especial do Presidente Fernando Henrique. Foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE, com a competência de elaborar diretrizes para a reforma do aparelho do Estado e o Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, titular da pasta, atuou dentro e fora do governo como o grande ideólogo e articulador do projeto de reforma. Em 1995, foi instituído o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado - PDRE, contendo um modelo de gestão para o setor público a partir da redefinição do papel do Estado e da instauração de um novo modelo de administração, por resultados, denominado *administração gerencial*.

O PDRE baseou-se num diagnóstico sobre a crise do Estado - crise do modo de intervenção, dos modelos de administração e de financiamento do setor público. Foi um plano concebido levando-se em conta o conjunto das mudanças estruturais de ordem econômica, política e social necessárias à inserção competitiva do Brasil na nova ordem mundial (RIBEIRO, 2002).

Com a proposta do PDRE, o RJU sofreu um processo de reformulação legal com alterações jurídicas nas regras para flexibilização da gestão, em especial no que se refere à administração dos recursos humanos do serviço público, da estabilidade, e de concessão de aposentadorias aos servidores.

Quanto à saúde do trabalhador, foram realizadas as mudanças exclusivamente relacionadas à licença remunerada para tratamento de saúde do próprio servidor e mais medidas que buscavam reduzir a taxa de absenteísmo. Foram feitas alterações com o objetivo de compatibilizar a perícia médica e contratação dos serviços de saúde.

Desde a sua instituição observa-se que o RJU trata de medidas periciais, remuneratórias e compensatórias de exposição a risco e de seguridade social, sem estabelecer parâmetros de melhoria das condições de trabalho e do ambiente. Não há a preocupação de estabelecer padrões de exposição e avaliações para a redução ou eliminação dos riscos, organização de instâncias para efetuar-las e participação dos servidores no processo de melhorias, comunicação e informações sobre as condições dos processos e ambientes de trabalho.

A atual estrutura do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão foi definida pelo Decreto nº 6.081, de 12/04/2007. A Missão desse Ministério é de:

“promover o planejamento participativo e a melhoria da gestão pública para o desenvolvimento sustentável e socialmente incluído do país.” (MPOG, 2008).

Em sua estrutura, a Secretaria de Recursos Humanos se encontra entre os órgãos denominados *Órgãos Específicos Singulares*, com três Departamentos, entre eles o Departamento de Relações de Trabalho e suas coordenações, onde está localizada a Coordenação de Seguridade Social e Benefícios do Servidor – COGSS. Entre as competências das unidades deste Departamento, destacamos as que dizem respeito ao nosso objeto de trabalho – a Atenção à Saúde do Trabalhador no Serviço Público:

Propor e supervisionar a aplicação das políticas e diretrizes relativas à saúde ocupacional, saúde suplementar, direitos previdenciários e assistência psicossocial, bem como benefícios diretos e indiretos aos servidores da administração. (MPOG 2008)

À Coordenação de Seguridade e Benefícios do Servidor, criada em julho de 2003, coube a tarefa de propor e implementar uma Política de Seguridade Social e Benefícios no âmbito do Serviço Público Federal. O objetivo desta política é cuidar da saúde dos servidores no seu aspecto laboral. Com este movimento, o Estado assume sua responsabilidade como empregador no âmbito da saúde ocupacional para uniformizar protocolos e procedimentos.

3 - A criação da Coordenação de Seguridade Social e Benefícios do Servidor – COGSS, suas primeiras ações e o Projeto no Rio de Janeiro.

O Estado Brasileiro vem, desde 2003, tomando iniciativas no sentido de construir sua estrutura com o objetivo de implementar ações de construção de uma política de saúde para o trabalhador do serviço público. Isso vem para atender, como já mencionado acima, às recomendações dos órgãos internacionais e mais especificamente da OIT, que fazem menção à saúde dos trabalhadores.

O Brasil é signatário de quatro convenções da OIT que falam sobre as Relações de Trabalho, incluindo os trabalhadores na função pública. Embora duas delas ainda não tenham sido promulgadas, suas recomendações são registradas como necessárias. A elas foram acrescentadas as reivindicações históricas dos órgãos representativos dos servidores públicos, além das recomendações das últimas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador em relação à saúde do servidor público.

Em 2005, coube ao Ministério do Planejamento criar o “Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal” – SISOSP, como mencionado acima, para coordenar o processo de construção da política voltada especificamente às relações

de trabalho-saúde do servidor público. Lançado no final de 2005 e instituído em 2006, ficou sob a responsabilidade direta da COGSS.

O Rio de Janeiro, capital federal até 1960, quando houve a inauguração de Brasília, ainda conserva hoje o maior número de funcionários públicos federais em nível nacional.

QUADRO 1

Relação entre o Quantitativo - força de trabalho - Servidores Públicos Federais Cíveis Ativos do Poder Executivo, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação – SIAPE			
Posição - Out/2008			
Grandes Regiões e Unidades da Federação	Quantidade ¹	Participação percentual dos Servidores Cíveis - %	
		Sobre o total de Serv. Públicos	Sobre a população ² da região *
NORTE	62.113	11,6	0,5
NORDESTE	119.092	22,2	0,2
SUDESTE	197.758	36,8	0,3
SUL	57.977	10,8	0,2
CENTRO-OESTE	81.093	15,1	0,7
S/ Informações ³	19.413	3,6	
TOTAL	537.446	100,0	0,3
DISTRITO FEDERAL	52.818	9,8	2,6
RIO DE JANEIRO	103.020	19,2	0,7

Elaborado: SRH/MPOG - Boletim Estatístico de Pessoal - volume 13 Nr. 151 - Novembro de 2008 - Tabela 2.20

Força de Trabalho = quantidade de vínculo (-) exercício descentralizado (-) lotação provisória (-) cedido.

1 - Inclui os servidores civis da administração direta, autarquias e fundações do Poder Executivo (inclusive contratos temporários).

2 - % do total de Servidores Públicos Federais Cíveis Ativos do Poder Executivo sobre a população do País.

3 - Não consta informação no cadastro do SIAPE.

* IBGE-censo de 2000.

Em maio 2007, preocupados com a implantação da política de saúde para os servidores das unidades de saúde das instituições federais no Rio de Janeiro, por iniciativa da Coordenação de Saúde dos Trabalhadores – CST/Fiocruz/MS, instituição federal da área de ciência e tecnologia em saúde junto com a Coordenação Geral de Recursos Humanos – CGRH/MS, foi realizado, em 22 e 23 de maio de 2007, o I Fórum de Saúde do Trabalhador no Âmbito do Ministério da Saúde - “A coletividade construindo modos de fazer”. Neste evento estiveram presentes integrantes dos grupos de atenção à saúde dos trabalhadores dos hospitais federais do município do Rio de Janeiro e interlocutores internos e externos da CST/Fiocruz.

Assim, foi elaborada pelo GT participante uma agenda de trabalho para discussão sobre insalubridade, vigilância, treinamento e formação além de dados de informação. O objetivo deste GT era manter um relacionamento institucional, fortalecendo os grupos que trabalhavam na atenção à saúde do servidor.

No final de 2007, o Ministério do Planejamento retomou os trabalhos do SISOSP com a meta de construir e implementar, até 2010, uma política de saúde para os

trabalhadores do serviço público federal. No Rio de Janeiro, a equipe da COGSS da SRH/MPOG juntou-se a este grupo coordenado pela CST/Fiocruz/MS e pela CGRH/MS, que já havia ampliado sua participação para todas as instituições públicas federais do Rio de Janeiro. Este fórum culminou com a criação de um GT permanente de discussão em Saúde do Trabalhador no sentido de retomar as ações de construções do SISOSP.

A estratégia de trabalho, desde então, passou pela divisão de três subgrupos técnicos para a discussão de Perícia, Vigilância e Promoção em Saúde e em mais um subgrupo – de Implantação - com a tarefa de trazer subsídio para a organização da forma de implantação dos serviços no Rio de Janeiro.

Os grupos, com reuniões sistemáticas desde março de 2008, apresentaram propostas de diretrizes de política para cada ação de estrutura de uma Comissão Interna de Saúde do Servidor – CISS e estão trabalhando na revisão do Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Civis Federais, elaborado e editado em junho de 2006 pela COGSS/MPOG. Além disso, fizeram sugestões para revisão da IN nº 01, de 03/07/2008, sobre os procedimentos para a realização de exames periódicos. Parte deste material produzido serviu na discussão do Encontro de Vigilância e Promoção, realizado em São Paulo, em agosto de 2008, com a participação de representantes de órgãos federais de vários estados.

Os grupos do Rio de Janeiro instituíram reuniões de integração como momentos para discussões ampliadas entre seus participantes. A equipe COGSS – SRH/MPOG, realizou, no ano de 2008, aproximadamente cinco encontros no Rio de Janeiro em forma de oficinas, com palestras sobre o tema da Saúde do Trabalhador, com o objetivo de uniformização de conhecimentos e de troca de informes sobre ações já encaminhadas.

O Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal – SISOSP, foi mudado e formalizado recentemente pelo Decreto n.º 6.833, de 29/04/2009, que instituiu o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS e o seu Comitê Gestor.

O Rio de Janeiro tem um grupo indicado e não formalizado para coordenar os trabalhos de implementação do SIASS no Rio de Janeiro – Coordenação Executiva Institucional Provisória – CEIP- SIASS-RJ. A composição foi por indicação da COGSS – SRH/MPOG, constituída por representantes dos órgãos que serão os responsáveis pelas primeiras Unidades de Referência.

Unidade de Referência é o nome escolhido para o local onde as ações do SIASS deverão ser concentradas. Por determinação da COGSS – SRH/MPOG, a implantação das ações no Rio de Janeiro deverá ser iniciada pelas ações de Perícia Médica. Foram selecionados os locais onde deverão ser as primeiras Unidades de Referência: IBGE, UFRJ, Arquivo Nacional e Ministério da Fazenda. A estas deverão ser acrescentadas outras e suas escolhas têm o critério das instituições públicas federais com localização geográfica de fácil acesso aos servidores. Posteriormente, essas Unidades de Referência poderão ser mistas – com vários tipos de atendimento - com a organização das equipes para a operacionalização das ações a serem desenvolvidas.

O projeto da COGSS/MPOG é intermediar a realização de convênios para organização das estruturas do SIASS – Unidades de Referências – viabilizando sua operacionalização. Nessa pactuação, serão definidos papéis e responsabilidades dos envolvidos nesse processo. Assim cabe à COGSS/MPOG a gestão da política: à Coordenação local do SIASS o papel de colaborador nessa gestão e às instituições federais selecionadas para abrigar Unidades de Referência a operacionalização das ações mediante convênios onde serão pactuados recursos financeiros e humanos.

Está também previsto e em construção um Sistema de Informação – SIAPE - Saúde, que deverá estar em funcionamento até janeiro de 2009. O SIAPE-Saúde é o sistema de informação para tratamento dos dados sobre a Saúde dos Trabalhadores que está sendo construído para o se tenha o registro e para que se possa transformá-lo em informações com estrutura de análise com visão epidemiológica, a fim de produzir informações para a ação. Há previsão de treinamento gerencial das pessoas que vão lidar com a organização dessas unidades no Estado. Deverá também ter um portal para a comunicação entre os órgãos.

A COGSS/MPOG, neste ano de 2008, promoveu três encontros, com inscrições abertas em nível nacional, para a discussão de temas relacionados ao processo de construção do projeto relacionado à saúde do trabalhador. O primeiro foi o II Encontro Nacional de Perícia Médica, realizado na Universidade Federal do Rio de Janeiro em 05 e 06 de agosto de 2008. Houve um momento, no qual foram realizadas palestras com o mesmo intuito das oficinas, de atualizar conhecimentos sobre saúde e trabalho. No segundo dia foram reunidos os grupos para discussão da proposta de alteração da Lei 8.112 de 11/12/1990. Vale ressaltar que estas já tinham sido encaminhadas para fazerem parte da Lei nº 11.907, de 02/02/2009.

Em 21 e 22 de agosto foi realizado novo evento: *Oficina de Promoção e Vigilância dos Servidores Públicos*, na UNIFESP, em São Paulo, com o objetivo de

promover o debate e a reflexão acerca das experiências de promoção e vigilância nos ambientes e condições de trabalho dos servidores públicos civis federais.

Este também teve a participação de funcionários dos serviços de saúde de órgãos públicos federais de vários estados e, assim, tiveram a oportunidade de ter contato com a equipe da COGSS/MPOG e com o projeto SIASS. A oficina teve a sua programação de palestras com temas relacionados á saúde e trabalho, apresentação de experiências já adotadas em órgãos federais e trabalhos em grupos para discussão de documentos.

No período de 28 a 31 de outubro de 2008, foi realizado o I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor, em Brasília, onde estiveram presentes 583 servidores públicos federais, de Universidades Federais, Fundações, Ministérios, Institutos, Agências Reguladoras, Escolas Técnicas Federais, Secretarias, Departamento de Polícia Federal e Rodoviária Federal - Ministério da Justiça. Estavam ali representados órgãos de vários Estados e do Distrito Federal, além de Sindicatos e Associações de servidores públicos federais com “o objetivo de promover momentos de reflexão e debate, que ajudarão no processo de construção coletiva da Política de Atenção à Saúde do Servidor”.

O evento teve em sua pauta a apresentação do processo de construção do SIASS, palestras e mesas redondas com profissionais nacionais e internacionais, falando sobre a relação entre trabalho e saúde, a história do trabalho, a gestão pública e o servidor público. Foi enviado um documento para leitura prévia sobre a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal e suas ações, para que fosse discutido nas oficinas organizadas em sete grupos, com exposição e debate de enfoques temáticos diferentes. Uma destas oficinas foi sobre Controle Social com representação da CUT e CRST na mesa.

O programa do Encontro fechou com as oficinas como espaços constituídos para o debate do documento nestes sete grupos, divididos em 56 subgrupos, para identificar avanços gerais da proposta, seus pontos fortes e fracos, levantamento dos principais desafios. A consolidação foi apresentada em plenária em forma de relatório síntese, no qual se destacaram pontos que vêm ao encontro dos já registrados nos grupos do Rio de Janeiro, tais como: implementação de uma política única em nível nacional para o servidor público; estabelecimento de regras com equidade para todos; ter um programa de capacitação permanente para a equipe de saúde do trabalhador; manter articulação e integração das equipes de trabalho em saúde do trabalhador (comunicação); garantia de recursos orçamentários para as ações; conscientização dos gestores para comprometê-los na implementação e desenvolvimento da política do SIASS.

As conclusões desse I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor, foram apresentadas em plenária e registradas no Relatório Final que está disponibilizado no portal do SIAPE-saúde.

Analisando este processo de implementação da política de saúde do trabalhador no setor público – SISOSP no estado do Rio de Janeiro, é possível verificar que os dois primeiros anos se caracterizaram por iniciativas esparsas e fragmentadas, limitando-se a ter como produto um mapeamento das instituições federais no estado sem que houvesse a participação dos trabalhadores no processo.

A partir de 2008, optou-se, no Rio de Janeiro, por uma estratégia de trabalho em grupos, sob a responsabilidade dos próprios servidores que já desenvolviam ações nos serviços de saúde do trabalhador nas instituições federais. Com o engajamento dos que já têm a experiência e o conhecimento do que dificulta ou entrava as ações no seu cotidiano, essa participação foi de fundamental importância não só em termos de organização de trabalho, mas também possibilitando um canal de comunicação com os gestores maiores das instituições, fazendo com que estes acompanhassem o processo.

Ressalta-se que fazem parte destes grupos, na posição de participantes, além dos trabalhadores que já desenvolvem essas ações no atendimento aos servidores, também os gestores dos serviços de saúde das instituições.

No primeiro semestre de atividades dos grupos, foi feita uma convocação pelo Secretário de RH do MPOG a todos os chefes dos setores de Recursos Humanos das instituições públicas federais do Rio de Janeiro para uma reunião tendo como pauta o processo de implementação do SISOSP. Embora tenha sido um bom momento para que os gestores tomassem conhecimento sobre esta nova iniciativa do Ministério do Planejamento, de construção do SISOSP, e sobre qual seria o papel de cada instituição neste movimento, não houve uma resposta de comparecimento esperada levando-se em conta a importância do assunto em pauta: a relação saúde/trabalho do servidor. Isto pode sinalizar que a saúde do servidor não seja ainda prioridade na agenda dos gestores institucionais federais no Rio de Janeiro.

Como esta foi uma reunião aberta na qual estiveram presentes os grupos que participam dos trabalhos, tivemos notificada também a presença de representação de pessoas de sindicatos com a intenção de conhecer o SISOSP. Até então, a COGSS/MPOG ainda não havia agendado nenhum encontro com os sindicatos no Rio de Janeiro.

Os encontros com inscrições abertas a todos os estados, promovidos pela COGSS/MPOG: o II Encontro Nacional de Perícia Médica e Oficina de Promoção e

Vigilância dos Servidores Públicos, não tiveram relatórios. Apenas foram registrados os produtos dos subgrupos e o material produzido foi utilizado pelos grupos técnicos do Rio de Janeiro.

Os trabalhos destes encontros tiveram a mesma organização das oficinas realizadas no Rio de Janeiro, onde o primeiro dia foi com palestras sobre a saúde do trabalhador. Esta programação de explorar condições com o fim de alcançar objetivos específicos deste processo de construção coletiva se destaca como necessário a ser concretizado para a difusão das informações, mostrando o próprio posicionamento da Secretaria de RH do MPOG. Além disso, a divulgação do que os grupos já organizados nos estados estão realizando não só incentiva outros locais a se engajarem no processo, como também se utilizarem de uma reflexão iniciada, podendo contribuir no processo. Faz parte, do que o MPOG pretende ser, um projeto com construção coletiva, o que poderá ser o início para a busca do caminho para atingir alguns desafios colocados em plenária para um Modelo de Sistema Integral de Saúde do Trabalhador:

- A transição de um modelo com características centradas em ações assistenciais, com mecanismos de gestão voltados a critérios gerenciais para um modelo participativo e emancipador com critérios de qualidade voltados aos conteúdos de ações.
- Considerar a discussão permanente do trabalho como objeto central para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e de reflexão sobre a redução de situações.
- Instituir formas de gestão participativa com controle social sistemático e permanente com processos de tomada de decisão compartilhados. Enfatizando a diferença do controle social de serviços de saúde em geral e da participação dos trabalhadores na saúde do trabalhador como elemento da sua própria natureza.

É importante salientar que o primeiro material produzido pelos grupos do Rio de Janeiro foi uma proposta tirada em uma das reuniões gerais – de todos os grupos – sobre as Diretrizes de Promoção e Vigilância, além de sugestão de uma estrutura para a CISS. (Anexos IV e V) Isto mostra que os grupos no Rio de Janeiro iniciam o trabalho numa linha direta para se chegar ao conjunto de instrumentos que deverão contemplar o plano de ação de cada área da Saúde do Trabalhador. Os itens descritos na proposta: Informação, Educação em saúde do trabalhador, Controle Social, Capacitação de Recursos Humanos, Comunicação e Informação e Recursos financeiros mostram a preocupação do grupo em partir de um plano alicerçado para contemplar o que preconiza o conceito de Saúde do Trabalhador.

Para o ano de 2009, a programação dos trabalhos dos grupos já tem em pauta a revisão das Normas Regulamentadoras voltadas para o serviço público. Essa etapa faz parte do grupo de relações de trabalho empregado-empregador, limitado às regras da

Saúde Ocupacional, mas sem perder de vista o desafio da linha conceitual da Saúde do Trabalhador, que contempla os instrumentos de proteção dos trabalhadores dentro dos princípios da cidadania.

As reuniões sistemáticas dos subgrupos e a realização de reuniões de integração visa à consecução dos objetivos específicos de não só ampliar a discussão dos subgrupos, mas também de enriquecer e dar conformidade ao material produzido. Isto mostra uma preocupação do corpo de trabalhadores que fazem atendimento aos servidores de se integrar e consensuar na direção da implementação de um novo modelo de atenção.

No Rio de Janeiro, o processo de implementação do SIASS foi acompanhado de forma sistemática pela COGSS/MPOG, através de oficinas. Estas tinham a duração de dois dias com palestras, no primeiro dia, e, no segundo, apresentação do que se produziu em grupo e orientações sobre os próximos passos, além das informações da unidade de coordenação sobre o processo.

O processo no Rio de Janeiro conta com um grupo de trabalhadores das unidades de serviços da Saúde do Trabalhador, com engajamento muito evidente e persistente, pois mesmo com as delimitações, restrições e contenções que seus componentes têm se deparado, suas ações têm continuado. Os trabalhos mostram produções de valor sempre contributivo e os momentos de tensão são levados à discussão para negociação. O processo, com alguns meses de ação, já tem, como diz o grupo, “seu marco histórico com esse trabalho no Rio de Janeiro”. É a participação real de um grupo de trabalhadores como primeiro passo de um coletivo representativo de instituições para construção de sua saúde.

A participação expressiva dos servidores no I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, realizado em outubro de 2008, mostra a disponibilidade dos trabalhadores dos serviços de atenção à saúde dos servidores das instituições em se empenhar de forma a garantir que o processo se concretize.

O programa apresentado pela COGSS no I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor, mostrou a intenção de atualizar as informações sobre as ações de Saúde do Trabalhador e, com isto, sensibilizar para os trabalhos não só do momento, mas também para dar continuidade ao processo de implementação nos Estados. Primeiro foram palestras apresentando temas como “*Relação entre trabalho e saúde: como interpretar*” e até os “*Desafios da Gestão Pública*” proferida por um gestor do Ministério do Planejamento. Depois houve mesas redondas com professores da área de Saúde do Trabalhador para debates cujo tema destacado foi o trabalho do servidor. Em

seguida, os grupos puderam se dividir para ouvir palestras temáticas que propiciaram troca de experiências e análise crítica de práticas e desempenhos. Estas últimas foram em salas menores e possibilitaram a escolha do participante pelo tema de seu maior interesse. Os temas oferecidos foram: *Saúde Mental e Trabalho*; *Avaliação da capacidade laborativa: concepções e desafios*; *Qualidade de vida no trabalho – experiências no serviço público*; *Adicionais ocupacionais promovem melhorias nos ambientes de trabalho* e *Controle social e as organizações por local de trabalho*. Para esta última foram convidados como palestrantes representantes da Central Única dos Trabalhadores da Seguridade Social - CNTSS/CUT e do Centro de Referência Estadual de Pernambuco CEREST/PE.

O resultado dos trabalhos das oficinas desse I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal assinala que o trabalho desenvolvido atualmente não atende às necessidades de saúde para o servidor público. Não existe uma política única que direcione os trabalhadores do setor e a prioridade ainda está centrada na perícia médica. Não é com os serviços pulverizados nas instituições e a mercê da importância que o gestor lhe dê, que as ações conseguirão suprir as necessidades requeridas para realização das ações integradas para a atenção de sua saúde. Os serviços, em sua maioria, ainda estão restritos à assistência – chegando mesmo a ser pronto atendimento - por ser esta uma ação mais emergencial e pela impossibilidade do devido encaminhamento. O registro dos pontos fortes do Encontro é iniciado pela possibilidade de se ter uma política única para Atenção à Saúde do Servidor Público. Seguem-se outros, nos quais fica marcada a necessidade de se organizarem sistemas de comunicação e capacitação, o que poderá a dar articulação e transversalidade à questão das ações de atenção à saúde no trabalho. Registram literalmente o “isolamento homologatório da perícia médica e a importância de inseri-la às demais ações”.

A voz dos trabalhadores nesse evento se mostra, não só pela resposta de comparecimento e participação dos que trabalham nos serviços de saúde da instituição, mas também dos que estavam ali enquanto representantes de associações e sindicatos. Essa atitude pode traduzir a consciência de como é essencial o seu papel de sujeito em todo esse processo de construção de uma política que lhe diz respeito diretamente.

Decorrido um ano de trabalho, os grupos do Rio de Janeiro atuando e com produção apresentada como sugestões para construção dos instrumentos que devem direcionar o programa de atenção à saúde do servidor público federal, ainda não se teve a formalização dos grupos por parte do Ministério do Planejamento. Essa é uma questão que dificulta a atuação dos profissionais que têm de atender às suas funções diárias de

atendimento nos serviços e a essa nova tarefa. Tal situação gerou várias reações dos gestores maiores das instituições que têm de lidar com precariedade de quadro de pessoal da área. Como liberar seus funcionários para trabalhar no processo do SIASS e atender demanda institucional cotidiana já organizada? Isso leva a muitas tensões que poderão prejudicar o andamento do trabalho desenvolvido até agora.

A conclusão que se pode tirar desse posicionamento do trabalho no Rio de Janeiro, criado por seus agentes, trabalhadores e coordenadores, é que o GT, mesmo sem estar institucionalizado ou formalizado, foi organizado pelos próprios trabalhadores e funciona. Ele é o início de um processo que pode atingir seu objetivo maior de contribuição efetiva para implementação da política de atenção à saúde do servidor público, apesar de muitos momentos de desmotivação com causas concretas. No entanto, o envolvimento da representação formal dos trabalhadores, Associações, Sindicatos, ainda acontece de forma incipiente e tem ocorrido mais por iniciativa dos mesmos do que por uma convocação do governo para que participem do processo de construção do sistema. Este distanciamento poderá ser observado no próximo capítulo, quando procuraremos analisar a organização da saúde do trabalhador em duas instituições federais do Rio de Janeiro.

Os esforços da COGSS/MPOG para vencer os empecilhos burocráticos e avançar nesta proposta de corresponder ao que está sendo demandado mostram a falta de prioridade do governo na definição de seu papel de empregador para os que trabalham no setor público.

A realidade atual das políticas de saúde do trabalhador hoje – a organização histórica de serviços de saúde do trabalhador, dois exemplos de modelo institucional.

No Capítulo I, discorremos sobre toda a metodologia da pesquisa quando descrevemos o processo de escolha das duas instituições a serem estudadas, com o objetivo de caracterizar as experiências de implementação de Programas de Saúde do Trabalhador em instituições públicas federais no município do Rio de Janeiro.

Na primeira parte deste capítulo IV discorreremos sobre o modo como o Ministério do Planejamento, através da COGSS, vem se colocando enquanto promotor do processo do SIASS, que tem o objetivo de implementar a política de saúde para os servidores públicos federais. Na segunda parte é que focalizamos os dados coletados nas instituições públicas, IBGE e UFRJ, e as representações de seus trabalhadores.

Para a elaboração do questionário houve a preocupação do alcance do objeto desse método interativo: identificar o tipo de intervenção realizada nos serviços de atenção ao trabalhador e os fatores determinantes para implementação da política do SIASS, nestas instituições. Acrescentada a isso, houve a busca de identificar em que direção as ações avançam em relação à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e como elas se inserem na agenda dos gestores e da representação dos trabalhadores.

Para nossa análise foram considerados: a COGSS/MPOG, enquanto representante da política de atenção à saúde do trabalhador, os gestores das instituições federais responsáveis pela operacionalização desta política e a representação dos trabalhadores, atores-chave na proposta de saúde do trabalhador no setor público.

Como variáveis foram consideradas a estrutura organizacional das instituições estudadas e a estrutura do programa de saúde do trabalhador neste contexto; o modelo de gestão; a agenda prioritária para as ações de saúde; a participação dos trabalhadores nestas ações; o processo de implementação do SIASS e o sistema de comunicação e informação relacionado às ações de saúde.

A análise contemplou o conhecimento da instituição através de sua história e missão e a localização do serviço de saúde do trabalhador, suas relações com a gestão maior e as atividades desenvolvidas, bem como, as formas de participação dos

trabalhadores através das oportunidades e canais de informação e comunicação que lhes são oferecidas para tanto. Para finalizar, as perguntas focalizaram como o processo de implementação do SIASS está sendo entendido pela instituição.

A seguir apresentaremos o resultado do trabalho de campo nos três estudos realizados de acordo com as categorias escolhidas.

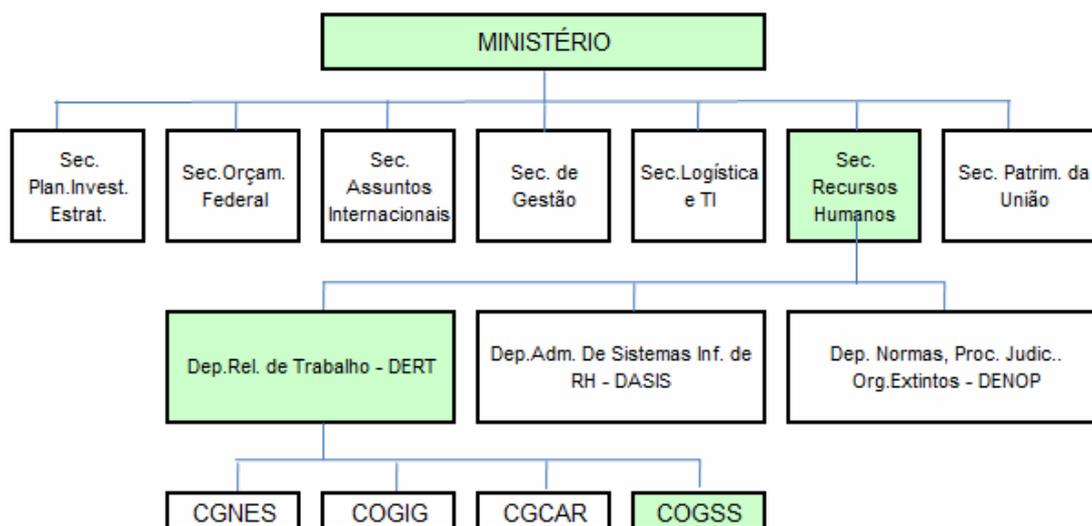
1 - A Coordenação de Seguridade Social e Benefícios do Servidor - COGSS/SRH/MP

I – APRESENTAÇÃO

As ações referentes à saúde do trabalhador estão estruturadas no Ministério do Planejamento, Gestão e Orçamento – MPOG, na Coordenação de Seguridade e Benefícios do Servidor - COGSS, da Secretaria de Recursos Humanos - SRH, como se pode visualizar no organograma apresentado abaixo.

Organograma 1:

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG



A Secretaria de Recursos Humanos é composta por três departamentos entre os quais se encontra o Departamento de Relações de Trabalho, composto pelas seguintes coordenações: Coordenação de negociação e relações sindicais – CGNES; Coordenação de estudos e informações gerenciais – COGIG; Coordenação de carreiras e análise do perfil da força de trabalho – CGCAR e Coordenação de seguridade social e benefícios do servidor - COGSS

Se considerarmos o marco teórico com o qual vimos trabalhando, que toma como base o conceito ampliado e integral de saúde do trabalhador, pressupondo o

envolvimento dos mesmos na definição das políticas de saúde a eles destinada e resgatando a centralidade do processo de trabalho na relação saúde-trabalho-doença, esta estrutura não vai refletir o modelo proposto pela PNSST.

Ao separar os processos de negociação e relações sindicais, os estudos e informações gerenciais, a gestão de carreiras, concentrando as ações voltadas para a saúde do trabalhador em uma coordenação específica de seguridade social, estaremos nos aproximando mais do conceito da saúde ocupacional.

II – ESTRUTURA DO PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A Coordenação de Seguridade Social de Benefícios do Servidor – COGSS foi criada em julho de 2003, como consequência do debate sobre a necessidade de construção de uma política direcionada para a atenção à saúde do trabalhador do setor público. Várias de suas atribuições já existiam tanto na área da seguridade quanto na área da saúde e estavam dispersas nos setores da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento. Essa unidade passa a centralizá-las para alcançar o objetivo de dar início ao processo de uniformidade aos benefícios e normatizar as relações saúde-trabalho no serviço público. Portanto, ainda com um viés da Saúde Ocupacional, embora representando, sem dúvida, um avanço no que se refere à assistência à saúde destes trabalhadores que, até então não dispunha de qualquer sistema de proteção no trabalho.

Em sua entrevista, o coordenador fala sobre a demanda que gerou a iniciativa de criar a Coordenação de Seguridade Social de Benefícios do Servidor com a necessidade de organizar o regime próprio e toda a discussão sobre como cumprir a legislação na área de saúde e segurança no trabalho no serviço público federal. Com a criação da nova unidade, na Secretaria de RH, foram reordenados serviços, atribuições e atividades relacionados à atenção à saúde dos servidores, no próprio Ministério do Planejamento e algumas sem o tratamento mais específico, ou seja, um olhar mais diferenciado. Sua assessora completa: *“Surgiu na transição para o atual governo. Foi uma solução negociada com o governo FHC e o governo Lula. Faz parte do processo de transição para organizar e procurar dar respostas a essas ações que estavam sem respostas (...).”* (Assessora do Coordenador)

A Secretaria de Recursos Humanos do MP tem cinco eixos no seu planejamento estratégico. Um desses eixos é a área de saúde, previdência e benefícios do servidor. Os outros são: democratização das relações de sistemas; sistemas e processos em gestão de pessoas; carreiras; e gestão por competências e avaliação de desempenho.

O coordenador da COGSS/SRH/MPOG, em entrevista, coloca que ainda não há um regime próprio dos servidores na área de saúde, não há normatização específica da saúde e segurança dos servidores, mas esse é um dos eixos com prioridade de ação atual da Secretaria de RH do Ministério. Assim, caberá à Coordenação de Seguridade Social e Benefícios do Servidor - COGSS, a tarefa de propor e implementar uma Política de Seguridade Social e Benefícios no âmbito do Serviço Público Federal. O objetivo desta política será atender esta demanda, cuja ausência vem sendo identificada desde a aprovação do Regime Jurídico Único, em 1990, e com alguns movimentos esparsos de elaborar um planejamento para a construção dessa política.

Sob a responsabilidade da COGSS o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público – SISOSP foi lançado no final de 2005, através do Decreto 5.961/2006 e foram tomadas providências no sentido de responder às suas atribuições prioritárias como a de convocar e envolver coletivamente os servidores na construção dessa política. No decorrer do processo e de atividades com os grupos participantes, no ano de 2008, houve uma mudança de nome de SISOSP para Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS.

Para o coordenador da área, o SIASS é um processo de amadurecimento do SISOSP que não vem apenas para substituí-lo. É uma versão mais amadurecida de uma política mais articulada na área de saúde do servidor.

Uma política de atenção à saúde do servidor é uma reivindicação de algum tempo. A saúde tem de ser vista por um conjunto de atividades e ações que digam respeito não só à intervenção nos ambientes de trabalho, mas que também digam respeito à apropriação dessa saúde, pelo servidor, de ter referências na área de assistência. A discussão dessa mudança de nome foi iniciada pelo próprio conceito do nome “Saúde Ocupacional” já estar em desuso, remarca o coordenador, e tem ligação com a idéia de um problema de saúde dos trabalhadores, vinculada à Medicina do Trabalho agregada da Engenharia de Segurança e da Higiene do Trabalho. A visão ocupacional tem muito a ver com o modelo médico, engenheiro e técnico de segurança. A atenção à saúde, não tem vínculo necessariamente ou unicamente com a questão ocupacional. É um conjunto de ações que extrapolam esse aspecto. É necessário um aprofundamento, ou seja, um aprimoramento, tanto que estão introduzindo outras questões como o trabalho multidisciplinar e com função transdisciplinar. Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor. - SIASS, segundo o coordenador da COGSS, portanto é o nome mais apropriado para corresponder a essa idéia de não estar só com esse olhar ocupacional de higienista do trabalho, mas para contemplar também

essa visão de um trabalho multidisciplinar. “SIASS é o sistema que articula a Política Nacional de Atenção à Saúde do Servidor. Então, a base é a política nacional. É o sistema que operacionaliza a política.”

A assessora do coordenador complementa colocando

“ (...) que o funcionamento disso deve se dar através da horizontalidade das ações, da transversalidade das ações e do processo da construção coletiva, embora seja um termo que está sendo muito criticado por alguns. Há a participação e a construção de parceiros, ou seja, o envolvimento de diversos órgãos federais na área de atenção que participam desse processo. Assim não será uma política que baixa um decreto de cima para baixo e as pessoas se submetem e têm que cumprir. A horizontalidade das ações, a transversalidade, a construção coletiva e as instituições pactuando essa política e essas ações. Esse é o grande diferencial em relação ao SISOSP. Além da evolução de sair de uma área ocupacional para uma área de atenção à saúde que compreende perícia, vigilância, promoção de saúde e a própria gestão das informações”.

Através deste depoimento dos gestores é possível perceber que já existe um consenso no âmbito do discurso sobre a opção por se trabalhar com o conceito de saúde do trabalhador, embora a estrutura não favoreça o desenvolvimento deste pensamento que deveria perpassar todas as coordenações do Departamento de Relações de Trabalho.

III – GESTÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A Coordenação de Seguridade Social tem as atribuições de articular, normatizando ações, planejando recursos, uniformizando procedimentos e consolidando informações gerenciais da política de atenção à saúde do servidor, sem ser o seu executor e sim seu articulador. “Uma de nossas atribuições é a de fornecer o status necessário para que essa política seja executada pelos órgãos que compõem o Executivo Federal”. (Coordenador da COGSS).

Na estrutura organizacional da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, a COGSS é tratada internamente como um departamento que ainda não foi formalizado, mas na prática, sua referência é direta com o Secretário. Não há, portanto, uma articulação com as outras coordenações do Departamento de Relações de Trabalho: de negociação e relações sindicais, de estudos e informações gerenciais e de carreiras e análise do perfil da força de trabalho.

A assessora percebe o início de uma articulação entre as coordenações, uma vez que elas possuem atribuições comuns e se complementam. Não há, no entanto, um fórum formal das coordenações do Departamento de Relações de Trabalho.

“(…) a atuação de todas as coordenações se pauta pelos eixos estratégicos da Secretaria, que têm interface entre um e outro, embora não haja um fórum formal para que as pessoas se reúnam... a interface se dá no dia-a-dia

Isso tem uma repercussão nas ações... assim as políticas se articulam. (Assessora da COGSS).”

Na fala do coordenador da COGSS fica clara a consciência do papel normatizador da coordenação no processo de implementação da nova política e a posição de relevância da unidade COGSS e de suas atribuições dentro da SRH/MPOG. Ressalta-se ainda a necessidade de um diálogo formal entre coordenações do Departamento de Relações de Trabalho.

IV - A INTERFACE DO PROCESSO COM A PNSST E A ARTICULAÇÃO ENTRE OS MINISTÉRIOS

A COGSS/MPOG tem iniciado um processo de interlocução com o Ministério da Saúde, que coordena a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST), com o Ministério do Trabalho e Emprego e com a Previdência Social. Ainda não há projeto comum de atuação, em relação à organização no serviço público, da atenção à saúde de seu servidor. Ao contrário do que já existe na iniciativa privada, para a qual há uma legislação própria, em que o Ministério da Previdência Social tem a responsabilidade sobre a questão dos benefícios; o Ministério do Trabalho sobre a fiscalização e sua normatização; e o Ministério da Saúde no diz respeito à vigilância, à atenção, à assistência e à investigação de doenças profissionais.

Diz o Coordenador da COGSS:

“(...) a rede (com os outros Ministérios) não está articulada. Nesse momento, estamos articulando essa rede; identificando a legislação; fazendo operações na legislação e nos apropriando muito das experiências que existem para a iniciativa privada. E temos contatos instituídos com todos esses órgãos no apoio da estruturação disso no serviço público. Então, se nos interessa, nós vamos atrás. Mas estamos a um passo atrás em relação ao que está organizado para o trabalhador da iniciativa privada. No entanto, é uma referência para nós (...) É uma referência técnica e legal do ponto de vista das normas. Ela é uma referência na forma de organização. Para nós, é uma referência do ponto de vista organizacional, da política, dos recursos, da legislação (...)Então, estamos nos apropriando um pouco dessa experiência.”

Segundo a assessora da COGSS, a III Conferência de Saúde do Trabalhador foi provocada pelos três Ministérios: o da Saúde, o do Trabalho e Emprego e o da Previdência, exatamente para fazer essa aproximação da política nos três segmentos: previdência, trabalho e saúde. E complementa que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador começa a partir daí. Analisando o resultado desta Conferência, com foco para o servidor público há apenas a recomendação da CIPA. Segundo a assessora, o

processo que o Ministério do Planejamento pretende, e está avançando, vai além disso, pois já planeja a organização do local de trabalho e comissões para tal como está acontecendo no Rio de Janeiro.

O coordenador coloca que, até agora, “*o servidor público não foi visto, não se vê e não é tratado como trabalhador. Portanto, isso tem a ver com a constituição da identidade do servidor enquanto trabalhador*”. Ele acrescenta que nas Conferências de Saúde do Trabalhador, só eram tratadas algumas questões gerais. O específico para o servidor só foi tratado na última. Ele vê uma dificuldade por parte do servidor, de começar a se ver como trabalhador e assim poder se identificar. Mais recentemente, isso começou a aparecer e de forma mais forte na última Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Isso tem aproximado muito esse movimento de construção da política de saúde para o servidor com o movimento de saúde do trabalhador como um todo. Complementa:

“Existem algumas dificuldades práticas realmente. Por exemplo, quem tem poder de intervir nos ambientes de trabalho no serviço público? A rede em geral de saúde do trabalhador fica sem uma perna, até se identificar um problema em determinado órgão público que geraria, por exemplo, uma interdição ou mesmo o fechamento de determinado serviço, mas aí têm as questões das competências legais. E quem são os responsáveis em relação a isso? Eu acho que isso dificulta um pouco esse atendimento do servidor pela rede geral de saúde do trabalhador”.

Continuando, fala que muitas vezes, não sabe o que fazer com o que foi identificado. As normas de afastamento, por exemplo, no serviço público são diferentes do setor privado. E acrescenta:

“ (...) há peculiaridades e particularidades da organização disso no serviço público, mas que do ponto de vista mais filosófico ou conceitual não se separa ao trabalhador que precisa de tratamento e apoio específico. Estamos tentando estabelecer esses elos para que não se faça essa diferença entre o servidor e o trabalhador.”

V – A POLÍTICA DO MPOG PARA OS TEMPORÁRIOS E TERCEIRIZADOS

O MPOG ainda não chegou a criar normas básicas contratuais visando a atenção da saúde do trabalhador para a terceirização no serviço público. É seguida a norma regida pela CLT do Ministério do Trabalho e Emprego e todos precisam cumpri-la.

A assessora coloca que o processo de construção de uma política de saúde para o setor do serviço público tem o servidor como prioridade no foco atual do trabalho. E, quando for preciso contratar uma empresa numa instituição pública é necessário observar o que a mesma está fazendo na área de saúde do trabalhador para contemplar

os terceirizados que compartilham, com os servidores, o mesmo local e organização de trabalho. Como essa contratação se dá de forma descentralizada, quando for estabelecida a organização em cada local de trabalho, as comissões de saúde poderão dar início a uma ação de participação na elaboração e gerenciamento, dos processos de contratação dos terceirizados, no que diz respeito aos aspectos da atenção à saúde no trabalho.

No momento o processo de construção dessa política ainda está no seu início, mas o princípio da universalidade está presente, para a COGSS, para entrar em sua agenda das normatizações como meta. Este é um dos desafios colocados para a implementação de um modelo integral de saúde do trabalhador, considerando o contexto de terceirização e precarização das relações de trabalho que vêm acontecendo tanto no setor público como no setor privado.

VI - ORÇAMENTO

A COGSS sempre contou com orçamento próprio não só para a saúde complementar, mas também para a reforma das unidades e equipamentos com a possibilidade de financiar projetos específicos de promoção, de capacitação, de treinamento. O sistema de informação SIAPE-Saúde, por exemplo, está sendo instalado com recurso específico da área. Até o presente momento – outubro de 2008 – não há contingenciamento de recursos, segundo o coordenador da COGSS.

Até esta gestão não havia a organização de um processo para direcionar o orçamento à operacionalização das ações o que, atualmente, vem sendo revertido com a construção de uma agenda de implementação do SIASS. O projeto para implementação de Unidades de Referência do SIASS é de pactuação com as instituições e alocação de recursos com o objetivo da execução das ações. Não existe um planejamento prévio para os recursos. Eles vão sendo usados conforme a definição dos papéis e ações a serem desempenhados por cada instituição. A idéia é a COGSS/MPOG intermediar a realização de convênios para organização das estruturas do SIASS e a sua realização prevê a dotação de recursos orçamentários. Essa pactuação deverá ser conforme a definição de papéis e responsabilidades dos envolvidos nesse processo: a COGSS/MPOG como órgão central e gestor da política, a coordenação local como colaboradora, os órgãos que vão abrigar as unidades e os órgãos que vão ter servidores atendidos nessas unidades. O IBGE será uma Unidade de Referência, já está definido, pois tem capacidade para atender. Assim, o recurso será repassado a partir de projetos para atendimento da demanda. O instrumento será um convênio no qual essa política de

pactuação vai diferir, conforme as necessidades, e definir o papel, as contrapartidas e as responsabilidades de cada um.

O público-alvo do SIASS é o servidor público do Executivo Federal, ou seja, é o servidor com vínculo efetivo, RJU ou CLT, tanto no seu processo de construção do sistema, quanto no beneficiamento das ações que serão executadas. As agências reguladoras estão incluídas.

Quanto aos civis dos órgãos militares, a COGSS ainda não tem informações sobre como isto vai acontecer, mas devem fazer parte do SIASS, sendo atendidos nas Unidades de Referência, assim como, provavelmente, alguns outros órgãos de segurança tipo ABIN, GPS, GPRS e outros, pois eles terão que responder a mesma normatização dos outros servidores.

VII – PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES

Não há um fórum organizado criado para participação dos órgãos representativos dos trabalhadores. Com a preocupação de discutir essa questão num encontro em Brasília da SRH e da COGSS com todas as entidades sindicais nacionais foi apresentado o projeto (em construção) do SIASS. O coordenador vê que

“(...)..o processo de construção coletiva requer essa interface com a representação dos servidores. Isso é aquela representação formal que é do Sindicato. A outra forma está relacionada aos trabalhadores em geral que para nós tem que vir via essas organizações por locais de trabalho tipo CIPA. Isso é uma outra forma que nós temos de nos associar das propostas e das questões que estão colocadas pelos servidores em geral. Então, são duas formas, ou seja, uma é um movimento junto às representações que ainda não temos clareza da necessidade ou não de constituição de pólos mais estruturados e organizados tipo conselhos. E a outra é a participação direta do servidor via Comissão de Saúde Trabalhador”.

Para o I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor foram programadas cinco palestras temáticas, sendo uma delas sobre o “*Controle social e as organizações por local de trabalho*”. Houve convite para comporem a mesa entidades sindicais nacionais dos trabalhadores, como a Central Única dos Trabalhadores – CUT e a Federação de Sindicatos de Trabalhadores em Educação das Universidades Brasileiras – FASUBRA, que representa o maior segmento de servidores públicos federais⁴. A

⁴ A mesa foi composta na realização do Encontro por: Cecília Santos, do Instituto Nacional do Câncer; Maria Aparecida do Amaral Godoi Faria, da CNTSS/CUT e Admilson Machado Ramos, do CEREST/PE.

coordenação considera a destinação de vagas para a participação do movimento sindical no evento com essas entidades nacionais que compõem a mesa nacional de negociação permanente, um dos eixos da Secretaria de Recursos Humanos, como uma política de aproximação. A idéia é de que na próxima Conferência de Saúde do Trabalhador haja a participação das representações locais do SIASS. O coordenador considera que a construção coletiva requer isso.

Para a Conferência de RH em 2009, está também prevista a participação efetiva das entidades representativas nacionais por local de trabalho.

A fala dos gestores demonstra uma preocupação em incluir a representação dos trabalhadores no processo de construção do sistema, mas por enquanto os trabalhadores, através de suas entidades representativas, participam apenas como “convidados”, em reuniões abertas, não sendo incluídos diretamente no processo de implementação do Sistema, bem como, das instâncias deliberativas.

VIII – COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

O SIAPE-Saúde é o sistema de informação criado para tratamento dos dados registrados sobre a Saúde dos Trabalhadores e tem o objetivo de transformá-los em informações com estrutura de análise com visão epidemiológica, a fim de subsidiar a ação. Para tanto, está prevista capacitação gerencial das pessoas que vão lidar com a organização das Unidades de Referência em cada estado. Está previsto também um portal para a comunicação entre os órgãos. As informações estarão disponibilizadas para todos os gestores e para aqueles que atuam na área de atenção à saúde do servidor.

Segundo o coordenador, o mecanismo principal para a escuta dos servidores deverá ser a organização por locais de trabalho, e acrescenta:

“Esperamos que esse instrumento possa ser um espaço de escuta e de negociação para mudança dos ambientes de trabalho. Não é só criar mecanismos para escutar e sim criar mecanismos que efetivamente democratizem a gestão no local de trabalho e que o servidor possa estabelecer contatos com gerentes para prever mudanças nos ambientes de trabalho (...) não só mandar uma lista para o gestor dizendo quais são os problemas que existem como também propor melhorias nas condições para organização do ambiente de trabalho. É necessário estabelecer as prioridades. Então, negociar com a chefia, isso também é um papel dos servidores no local de trabalho a partir dessas condições (...) essas condições terão espaços de escuta, mas também espaços para negociações. Eu acho que essa é a principal forma. Existem outras formas como os encontros específicos para discussão de temas como vigilância, promoção, saúde mental, ergonomia (...) Existem espaços que também são espaços de

escuta institucional para os técnicos e também para os servidores em geral (...) não há avaliação de trabalho sem a escuta direta do trabalhador”.

As coordenações locais do SIASS deverão ter um papel de representação local e assim deverá ser o articulador das ações entre as Unidades de Referência. A idéia do MPOG é que sejam estabelecidos fóruns estaduais e regionais para pensar políticas naquela região, naquele estado ou naquele município.

As coordenações locais ainda estão provisórias, não estando ainda formalmente constituídas. Sua composição é pelo critério de representação política das instituições que serão as Unidades de Referência.

A COGSS está em fase de contratação de consultorias para fazer a revisão do Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Civis Federais e da lista de protocolos que vão ser recomendados para a implantação do SIAPE-Saúde como referência técnica. O Manual deverá reforçar as ações de Promoção e Vigilância.

Neste ano, foi realizada a revisão de alguns artigos do Regime Jurídico Único que se relacionam à perícia médica e odontológica além da normatização das licenças de curta duração. O próximo passo será regulamentar o exame periódico.

A COGSS espera do I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor um encaminhamento de propostas de diretrizes que possam ser apresentadas na Conferência Nacional de RH no próximo ano. A assessora ratifica:

“O Manual tem que retratar isso, ou seja, como será a proposta de escuta do trabalhador. Não terá avaliação de trabalho sem a escuta direta do trabalhador. O manual tem que refletir isso. Ele tem que ser um orientador nesse processo de escuta também do trabalhador”.

IX – AGENDA PRIORITÁRIA

A COGSS/SRH/MP considera necessário um movimento de sintonia para que o projeto geral aconteça com os eixos prioritários: o SIAPE-Saúde, a alteração da legislação, a organização das Unidades de Referência nas capitais dos estados, a formação e a capacitação – que significa ter uma política de encontros e de formação em serviço, instituída e formalizada - e a política de comunicação – através do portal formando rede de discussão.

O SIAPE-Saúde poderá ser o início de uma rede estratégica, de concepção sistêmica, com uma estrutura de comunicação aberta, assegurando o diálogo constante, dando maior visibilidade e legitimidade ao nível operacional. Assim, espera-se que essa rede em funcionamento constante possa fazer parte da construção de um processo de educação permanente participativo e poderá dar a necessária articulação e integração às ações. Poderá ser o caminho para o debate através de difusão de informações visando à

gestão fundamentada em avaliações técnicas para adequação permanente e sistemática do modelo em construção. Se assim acontecer será o alcance de um dos desafios colocado em plenária para um Modelo de Sistema Integral de Saúde do Trabalhador.

X - PRINCIPAIS ENTRAVES

A escolha que a COGSS fez pelo processo de construção com discussão coletiva propicia muito desentendimento. O coordenador justifica:

“Eu diria que o processo de construção coletiva possibilita um monte de vantagens, pois ele pactua. E há possibilidades de rever suas posições, de aprimorar, de melhorar. Mas é um processo mais lento de construção. Há muitas resistências (...) É muito tempo sem ter uma política. As pessoas se acostumaram a fazer cada um do seu jeito...”

Uma dificuldade de se começar do “zero”, é que a administração central do MPOG ainda não se posicionou de forma visível e organizada frente a esta questão especificamente, com diretrizes e fluxos estabelecidos. Para envolver de forma apropriada todos os níveis hierárquicos institucionais, do nível mais central ao técnico, acrescenta o coordenador, aconteceram muitos problemas de comunicação. Além de que ainda há no serviço público uma cultura burocrática que qualquer processo de mudança é visto como uma ameaça ao “seu lugar”.

Outra dificuldade é a precariedade das instalações físicas nas instituições onde funcionam os serviços de Saúde do Trabalhador.

XI – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DO SIASS

O modelo do processo de organização e implementação do SIASS previsto foi o que atingisse o maior número de servidores. Assim, oito estados seriam os primeiros: Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Brasília, Pernambuco, Bahia e Pará. Mas houve uma demanda de Goiás, Alagoas, Pernambuco, Santa Catarina, Paraná e assim já está acontecendo um grande envolvimento.

O sistema de informação do SIAPE-Saúde está previsto para estar em funcionamento em final de fevereiro. A COGSS pensa que no primeiro semestre de 2009, a rede já esteja articulada e o SIASS já tenha alguns convênios.

O Rio Grande do Sul é o que está mais avançado nesse processo, ou seja, no que se refere, a saber, quais são as Unidades de Referência, quem irá coordenar, quem fará o convênio, quem são os conveniados e as reformas que precisarão ser realizadas. É um estado menor onde houve um processo de construção muito discutido, coletivizado e uniformizado.

2 – As Instituições Federais do Rio de Janeiro

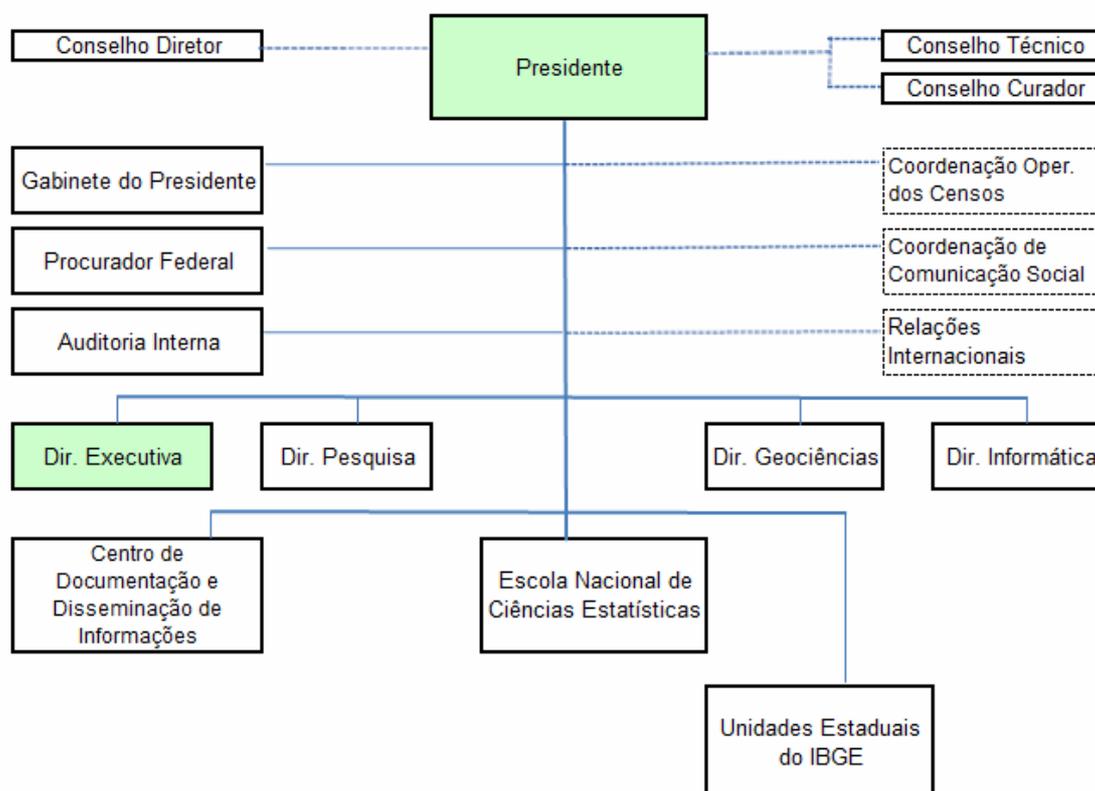
2.1 - O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

I. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O IBGE é uma instituição da administração pública federal, criada em 1934, com o objetivo de articular e coordenar as pesquisas estatísticas do Estado Brasileiro. Atualmente tem como missão identificar e analisar o território brasileiro, contar a sua população, mostrar como a economia evolui através do trabalho e da produção das pessoas, revelando ainda como elas vivem.

Do ponto de vista institucional, está subordinado ao Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão e conta em sua estrutura com quatro Diretorias, um Centro de Documentação e Disseminação de Informações, a Escola Nacional de Ciências Estatísticas e 27 Unidades Estaduais (26 nas capitais dos estados e 1 no Distrito Federal), como pode ser observado no organograma abaixo.

ORGANOGRAMA 2 - GERAL DA INSTITUIÇÃO IBGE



Fonte: Elaborado pela pesquisador a partir do site do IBGE

O Conselho Diretor é formado pelo presidente, pelos quatro diretores, pelo coordenador da Escola de Estatística e pelo coordenador do Centro de Documentação.

Além destas Unidades, existem 533 Agências de Coleta de dados nos principais municípios do país, além de uma unidade de pesquisa, a Reserva Ecológica, situada a 35 quilômetros ao sul de Brasília.

Para melhor articulação dos setores do IBGE foi elaborado, neste ano, o “Programa de Melhoria na Qualidade da Gestão Institucional”. Com esse programa, estão sendo criados sete subprogramas com base no planejamento estratégico com o objetivo de gerenciar pessoas por competência. As pessoas terão um plano de capacitação em função de suas áreas com o objetivo de rever os processos de trabalho.

Esta é uma instituição pública de grande porte, com um número significativo de servidores, como demonstra o quadro 2, além de funcionários com contratos temporários, considerando a natureza do trabalho desenvolvido: pesquisa de campo, coleta de dados, etc.

QUADRO 2

QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DO IBGE POR TIPO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO											
RJU		TERCEIRIZADO		CONTRATO TEMPORÁRIO		ATIVO EXTERNO*		ESTAGIÁRIO		CEDIDO	
RJ	BRASIL	RJ	BRASIL	RJ	BRASIL	RJ	BRASIL	RJ	BRASIL	RJ	BRASIL
3.146	7.202	431	564	174	3.050	16	54	185	194	124	202

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora com informações obtidas na instituição – mês de novembro/2008

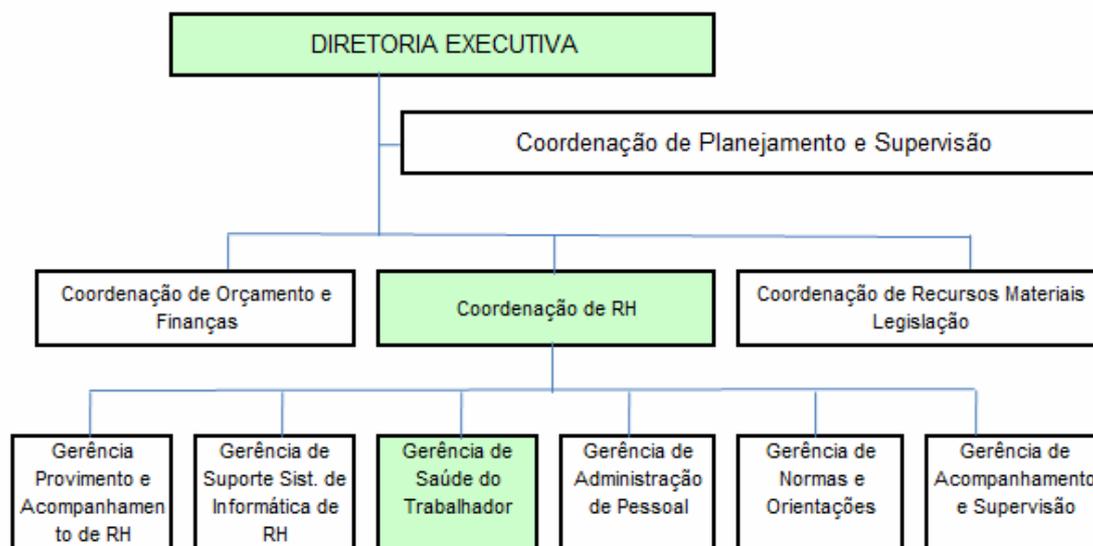
* Nomeado para o Cargo, Requisitado, Exercício Descentralizado, Exercício Provisório – Há também 1 celetista.

De acordo com informações dos gerentes entrevistados sobre a distribuição dos servidores, em termos da faixa etária, a instituição tem cerca de 70% de seu quadro composto por funcionários com mais de 45 anos. Com esta média elevada de idade é possível inferir que exista uma demanda por ações de saúde tanto na área de promoção, como na de assistência, voltadas para os problemas de saúde característicos deste ciclo da vida.

II. ESTRUTURA DO PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Desde sua fundação, o IBGE tem institucionalizado serviços de atenção à saúde do trabalhador, com foco na assistência médica, através do serviço médico ao servidor. Atualmente, a saúde do trabalhador integra a Gerência de Saúde e Segurança do Trabalho – GESAT, ligada à Coordenação de Recursos Humanos, que está subordinada à Diretoria Executiva da instituição.

ORGANOGRAMA 3 - DIRETORIA EXECUTIVA DO IBGE



Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de informações da instituição.

Na perspectiva gerencial as decisões referentes à saúde do trabalhador são encaminhadas pela Coordenação de Recursos Humanos e aprovadas pela Diretoria Executiva. Segundo a coordenadora de RH, é importante ressaltar que a política de recursos humanos do IBGE, definida pela instituição neste ano de 2008, contempla ações específicas destinadas à saúde do trabalhador.

Este investimento, segundo o Diretor Executivo, está expresso nas diretrizes, programas e ações propostas pelo plano estratégico da instituição e incluem o acompanhamento da saúde do trabalhador; a promoção de programas e ações de estímulo a uma melhor qualidade de vida, como também ações de melhoria de condições de trabalho. (Programa de Melhoria da Qualidade na Gestão 2008-2011 - IBGE)

Segundo o diretor, o objetivo agora é “*dar um salto na relação da saúde do trabalhador. Por exemplo, agora, estamos com um trabalho na área de material e revendo toda a questão de ergonomia, ou seja, cadeiras, móveis, postura*”. (Diretor Executivo)

Embora não haja um Programa de Saúde do Trabalhador institucionalizado, são realizadas ações de promoção e de vigilância como, por exemplo, programas e ações sobre saúde – com palestras para informações e incentivo a melhores condições de vida com eventos de arte. Os programas são bem abrangentes, pois não se restringem ao município do Rio de Janeiro - de vacinação, antitabagismo, antidrogas, prevenção da AIDS além de educação e orientação da higiene bucal. Há relatórios do que foi

realizado desde o ano 2000, do que foi planejado, mas não realizado com o registro do motivo.

A equipe da Gerência da Saúde do Trabalhador – GESAT, sempre se mostrou muito engajada, buscando capacitação para desenvolver ações que tivessem uma proposta com fundamentação técnica de mudança dentro do conceito da saúde do trabalhador, voltadas para a promoção e vigilância, como relata o chefe da GESAT: *“Antes estava mais ‘medicina preventiva’ com ações de higiene e de medicina do trabalho com um médico na unidade para fazer os atendimentos”*. (Gerente de ST)

De acordo com o diretor, o grande desafio é mudar a cultura assistencial existente na instituição, remanescente do modelo de assistência individual, para uma visão mais ampliada inserida no conceito da Saúde do Trabalhador, centrada na promoção e vigilância.

Até 1990, o IBGE trabalhava com um quadro de CLT, que definia o quantitativo de médicos por unidade em relação ao grau de risco e ao número de empregados, dado pela NR4, a Instrução Normativa que regulamenta sobre os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, que tinha critérios bem definidos e registrados no Ministério do Trabalho. A partir de 1990, com o Regime Jurídico Único - RJU deixa de existir esta obrigatoriedade, o que levou a uma redução da equipe de Saúde do Trabalhador. Isso ocorre sem, no entanto, haver uma mudança no modelo assistencial, mas como uma acomodação dentro da linha do atendimento, com uma atuação mais restrita através de rodízio para cobertura dos postos operacionais das unidades no Rio de Janeiro.

Este é o momento em que a Constituição de 1988 consolida a Saúde do Trabalhador dentro dos textos legais e a Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90 que estrutura o sistema de saúde nos diversos níveis: federal, estadual e municipal, dando uma nova ordem à área e configurando a diretriz de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Podemos dizer que as relações saúde e trabalho foram asseguradas por lei, mas enquanto política pública de saúde, ainda há um caminho a ser percorrido para a sua construção, o que só agora está acontecendo no serviço público.

Embora exista um esforço para uma mudança de comportamento dentro do IBGE, ainda é um traço marcante nas demandas dos trabalhadores o atendimento por pequenas consultas ou mesmo de solicitação de exames complementares para o fornecimento de atestados para piscina e ginástica, entre outros. Só mais recentemente, ou seja, nos últimos 15 anos, foram implementadas as ações de saúde ocupacional com

foco no ambiente de trabalho, orientadas, por exemplo, para medição de risco do ambiente de trabalho.

Assim, ações e programas de assistência médica que antes existiam, deixaram de acontecer pela falta de pessoal, não sendo substituídas por uma política mais efetiva. Atualmente, além das ações de Assistência e Pronto-Atendimento, estão sendo retomados os programas e ações de Prevenção, Promoção e Vigilância e a instituição conta com uma junta própria de Perícia Médica. Um exemplo das ações preventivas é citado pela coordenadora de RH, ao destacar que há quatro anos, vem sendo realizada a campanha de vacinação antigripal para os servidores, sem interrupção.

É considerado, pela coordenadora de RH, um avanço na direção de uma política de RH mais integral, a mudança de subordinação da área de segurança do trabalho em dezembro de 2007, para a Coordenação de Recursos Humanos, juntando-se à Gerência de Saúde.

“O pontapé inicial foi o fato de trazer a área de segurança para a Coordenação de Recursos Humanos, mas essa articulação que é necessária ainda não está acontecendo da forma como tem que ser. Essas áreas precisam trabalhar mais em conjunto(...)” (Coordenadora de RH).

Essa visão não é partilhada por todos os Gerentes. O gerente da Saúde do Trabalhador não considera esta medida como um avanço, porque a nova estrutura vincula o setor de Vigilância e Segurança à Gerência de Recursos Humanos, anteriormente ligado diretamente à secretaria Executiva e assim

“(...) perde o canal direto de comunicação e da visão da engenharia de segurança, da prevenção de acidentes com relação às atividades e o processo de resolução, ou seja, fica mais longo o caminho, porque tem que passar pela gerência, pelo CRH para depois falar com o diretor”.(Gerente da GESAT)

III – GESTÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE TRABALHADOR

A gestão das ações de Atenção à Saúde do Trabalhador está sob a responsabilidade da Gerência de Saúde do Trabalhador - GESAT, subordinada à Coordenação de Recursos Humanos. Pelo organograma, vemos que a ST está sendo localizada enquanto uma prática de desenvolvimento de RH.

A GESAT tem atribuição normativa e de atendimento para as cinco unidades operacionais do Rio de Janeiro e é normativa para as outras unidades do IBGE nos estados. Desta gerência saem proposições para a Coordenação de Recursos Humanos que são encaminhadas ao Diretor Executivo, para a decisão final.

O papel da Gerência de ST tem sido mostrar à administração a importância da política do Ministério do Planejamento que está sendo implementada buscando o apoio da direção, que tem aderido à proposta segundo o gerente de ST.

O trabalho de Atenção à Saúde do Trabalhador está dentro das políticas e diretrizes de Recursos Humanos e existe uma interlocução permanente entre os setores de RH, sendo realizadas reuniões nas quais os gerentes e substitutos participam ativamente.

Na prática, as atividades ainda se encontram distribuídas entre os setores, faltando uma coordenação do processo que agilize e também produza informações que contribuam para avaliação e reorientação das políticas. Assim, o adicional de insalubridade é de responsabilidade da área de segurança, os laudos técnicos são realizados por uma firma contratada e os resultados dessa análise são encaminhados à área médica para emissão dos laudos e definição dos percentuais a serem pagos. Esta forma de organização do serviço dificulta as ações de vigilância, pois é mais demorada, depende de compra de serviços e disponibilidade financeira para este fim e leva a um retorno lento, dificultando ações mais imediatas de intervenção.

A assistência à saúde suplementar é feita através do ressarcimento parcial aos trabalhadores, repassado pelo Governo, aos que comprovam que tem plano de saúde e plano odontológico, de livre escolha, para o servidor e para os dependentes. Não há um plano de saúde próprio ou contratado pelo IBGE. Em sua grande maioria os servidores optam por dois planos: UNIMED e a Sociedade Ibgeana de Assistência e Seguridade – SIAS, que oferece um plano pela UNIMED - Rio de Janeiro. O sindicato também oferece um plano pela UNIMED de São Paulo - Sul Paulista ou Federação Paulista. Existe também um plano com a ASSIM, que é um plano local, abrangendo as unidades descentralizadas do IBGE.

Essa cobertura mencionada é para os servidores efetivos e para os nomeados com DAS. Os contratos temporários não têm planos de saúde ou outra forma de seguro.

Essa forma de cobertura da assistência médica, na opinião da coordenadora de RH, não tem se mostrado resolutiva nem atendido às demandas dos trabalhadores, por serem os planos privados caros e o valor do ressarcimento muito pequeno, o que faz com que um grande número de servidores não tenha cobertura de plano de saúde, tendo como alternativa o SUS.

A Sociedade Ibgeana de Assistência e Seguridade – SIAS oferece uma previdência complementar para os funcionários celetistas restrita à aposentadoria por

invalidez dos funcionários. O superintendente do SIAS é indicado pela presidência do IBGE que é a patrocinadora dessa instituição.

A Atenção à Saúde do Trabalhador abrange todos os trabalhadores que atuam na instituição, mas com priorização aos servidores, ficando os terceirizados quase que somente com direito ao pronto atendimento.

Nessa seleção, mesmo sem critérios rígidos, pode-se ver que o princípio da universalidade não é ainda não está ao alcance da equipe operacional, embora seja percebido como fundamental.

Quanto à atenção à Saúde dos terceirizados, a responsabilidade é das empresas contratadas e a GESAT não tem ingerência ou participação na parte de elaboração do edital para contratação e gestão do contrato. Isto é feito pela Coordenação de Recursos Materiais, que também faz a sua gestão.

Não há um orçamento próprio para o Programa de saúde do trabalhador, o planejamento orçamentário é feito por ações a serem desenvolvidas e no último ano ficou em torno de dois milhões de reais, segundo o diretor executivo.

É possível afirmar que a instituição vem reorientando sua forma de atuação na área de saúde do trabalhador, agregando ações e investindo nas áreas de vigilância e promoção. No entanto, não conta com uma política integrada em termos das ações que permitam uma intervenção nos moldes previstos na Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST, no que se refere ao papel do trabalhador como sujeito e protagonista da ação político-institucional, inclusive da construção de conhecimentos e dos instrumentos de intervenção.

Como os trabalhos do IBGE são realizados com frequência em áreas de risco, o Sindicato tem colocado para a diretoria a necessidade de uma política de vigilância efetiva para atender ao trabalhador em campo, porque as providências que agora existem, são pontuais em termos de intervenção.

IV – AGENDA PRIORITÁRIA

A atual direção da instituição expressa preocupação com a saúde do trabalhador e coloca como ações prioritárias a realização dos exames periódicos, campanhas educativas e a melhoria e ampliação da assistência médica.

Como já registrado anteriormente, neste ano foram destinados cerca de dois milhões de reais nessas ações e os resultados já podem ser observados, como a detecção precoce de problemas de saúde. Com esta ação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO foram gastos em torno de R\$ 1.200.000,00 e foi o único

programa que teve avaliação apresentada à grande parte dos servidores, embora nem todos tenham tido o retorno de seus resultados individualmente. Um dos principais problemas daí decorridos é a baixa cobertura dos servidores com planos de saúde, o que dificulta o acesso aos tratamentos necessários.

Esse exame periódico dos servidores, em 2006, foi a última grande ação em saúde no IBGE. Ele foi realizado em todo Brasil com cobertura de realização total de 60,2 % e parcial de 25,9 % para um universo previsto de 7.145 funcionários. Estes resultados deverão servir de base para o desenvolvimento de programas para prevenir as doenças mais recorrentes embora, até o momento em que foi realizada a pesquisa de campo, esta etapa não tenha sido feita.

Em março de 2007, foi realizado, em Minas Gerais, um Encontro Nacional com todos os profissionais de saúde do IBGE, com o objetivo de elaborar um plano da saúde para os trabalhadores para os próximos três anos. O Relatório do Encontro aponta como propostas: a unificação e implementação dos programas de saúde em nível nacional; o reconhecimento e oficialização dos programas pela direção; a necessidade de inclusão do parecer de assistentes sociais e psicólogos subsidiando decisões de junta médica; a capacitação dos profissionais das unidades estaduais; a garantia de recursos financeiros destinados à implementação de programas de saúde nas unidades estaduais e uma equipe mínima de saúde nas unidades estaduais.

O próximo Encontro está programado para 2009 e a fala do diretor expressa a preocupação da direção em envolver os trabalhadores na discussão sobre seu trabalho e a adesão do IBGE ao novo Sistema do MPOG.

“Nós discutimos tudo que é técnico, o que é censo, pesquisa, geografia(...) E agora, estamos implantando o hábito de discutir pessoas, ou seja, discutir quem faz essas coisas, que são as pessoas, e está dentro de uma perspectiva do SIASS criar mecanismos para que possamos estar sempre discutindo.”
(Diretor do IBGE)

Não há registros dos resultados quantitativos das campanhas em relatórios, salvo os do exame médico periódico. Há relatórios anuais das ações de saúde elaborados pelos profissionais da equipe do setor de saúde com planejamento para o ano subsequente e relatório do encontro de saúde de Minas Gerais, mas não foram divulgados. Nestes relatórios destacam o número das ações e dos programas.

Outra prioridade da agenda do IBGE referente à saúde do trabalhador é o investimento no sistema de informática, que permitirá o registro e o monitoramento das ações de saúde. Faz parte também da estratégia de promoção e educação em saúde a publicação de um jornal mensal, o “Saúde em Alta”, distribuído para todos os

trabalhadores. Isto tem possibilitado a interlocução da área de recursos humanos com a área de comunicação e publicidade. O mesmo vem acontecendo em relação à área de informática, acima mencionada. A coordenadora de Recursos Humanos assim descreve este novo processo que vem se iniciando na instituição “*A área de saúde tem o conhecimento técnico e trabalha com as outras áreas para apoiar e desenvolver os produtos*”. (Coordenadora de RH)

V - PRINCIPAIS ENTRAVES

Em função do quadro reduzido de profissionais de saúde, há uma sobrecarga de trabalho da equipe que acumula as funções de exame para concessão de atestados e licenças médicas e o trabalho de junta médica que o IBGE ainda mantém. Isto tem dificultado a realização dos programas de prevenção.

Como o Plano de Carreiras do IBGE não tem mais o cargo de médico, a instituição optou por realizar um processo de licitação para contratação de médicos e técnicos de enfermagem, numa tentativa de recompor seu quadro na área da saúde e retomar os trabalhos nos programas de prevenção.

Paralelamente, a instituição tem solicitado a realização de concurso e também a contratação terceirizada de profissionais de saúde para manutenção dos ambulatórios. Esta, segundo o diretor da instituição, se justifica pelo fato de que grande parte dos servidores não tem cobertura de um plano de saúde e porque há locais de trabalho no IBGE, como a oficina, que apresentam situações de risco no trabalho.

O IBGE tem trabalhos de campo, trabalhos em áreas de risco, movimentação em viaturas e trabalhos variados de pesquisa, há falta de uma ação de vigilância organizada para atendimento deste grupo, segundo a representante do sindicato.

VI – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DO SIASS

O IBGE tem participado de todos os grupos do processo de construção do SIASS no Rio de Janeiro: de promoção, de implantação, de vigilância e de perícia e deverá ser uma Unidade de Referência para o serviço de perícia médica, primeira ação do SIASS a ser implementada no Rio de Janeiro. O gerente do Setor de Saúde do IBGE faz parte do grupo de Implantação do novo sistema de Perícia Médica e também de Vigilância, tendo participado de todas as reuniões, bem como do processo de formatação do sistema de informação encomendado ao SERPRO. Ele é também um dos indicados para compor o grupo de Coordenação do SIASS no Rio de Janeiro.

O Diretor Executivo tem acompanhado o processo de implantação do Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS no Rio de Janeiro e acredita que o SIASS poderá resolver a questão da perícia médica, o que ele considera um nó crítico em relação à saúde do trabalhador, além de introduzir as ações de promoção e vigilância.

Segundo o diretor, o IBGE deverá se integrar aos programas de saúde do SIASS, mas continuar com as ações internas de assistência e de campanhas até que se construa um modelo que efetivamente funcione. Os serviços ambulatoriais de emergência deverão continuar num período de transição.

Como o IBGE se antecipou em realizar ações com o intento em alinhar as políticas de saúde com as do governo, espera mais recursos para dar continuidade. Ele diz:

“Acredito que tenhamos sido talvez o único ou um dos poucos órgãos do Governo Federal a realizar um exame médico periódico com a intenção de fazer em sete mil e quinhentos servidores. E só não fizemos aonde não conseguimos efetivamente profissionais e empresas para fazer sem depender do Governo Federal. Nós já tínhamos uma política bem estabelecida de incentivo às pessoas através dos nossos programas de qualidade de vida alinhada com o Governo Federal, mas tentamos nos antecipar e efetivamente implantar. Mas tentamos fazer as coisas todas alinhadas com o Governo Federal, ou seja, as políticas do servidor público”.

A coordenadora de RH espera que o SIASS possa contribuir para o desenvolvimento das ações de ST na instituição, destacando que a regulação desta ajudará o IBGE a gerenciar e monitorar as ações com impacto na saúde de seus trabalhadores, que se distribuem por todo território nacional como também para o conjunto dos servidores federais.

Para o gerente da ST, o SIASS *“é o caminho, mas neste momento está difícil para os participantes se dividir entre as tarefas do SIASS e as da instituição”*. (Gerente da ST)

VII – COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

Há um sistema de informação com o objetivo de suprir a necessidade da área de saúde, mas ele só atende a registros sobre o último exame periódico e perícia. Não há avaliação qualitativa das ações realizadas em ST. Há um acompanhamento dos programas implementados, mas têm poucos dados quantitativos registrados e não há divulgação dos relatórios sobre o desenvolvimento das ações.

Como veículo de divulgação e comunicação entre os servidores e gestores sobre as ações, há um jornal chamado “Saúde em Alta”, como já mencionado, com tiragem de

10.000 exemplares, editado bimestralmente e elaborado na Gerência de Saúde do Trabalhador. É impresso e distribuído por todo o Brasil com informações sobre a saúde em geral desde dicas de saúde a serviços oferecidos pela instituição. Também há um Portal da Saúde, que é um *site* interno onde se divulgam informações sobre os programas de saúde e as ações que estão sendo realizadas.

A gestão de todo o trabalho com a saúde do trabalhador está ligada à Coordenação de Recursos Humanos, mas há uma interlocução com a área de comunicação e publicidade. Segundo o diretor, isso assim acontece atualmente, além disso, está sendo com o desenvolvimento de um novo sistema de informática: a área de saúde tem o conhecimento técnico e trabalha com as outras áreas para apoiar e desenvolver os produtos.

VIII - PONTOS QUE FAVORECEM E PONTOS QUE DIFICULTAM

O IBGE é uma instituição pública com visão e gestão empresarial. Não existe um Programa de Saúde do Trabalhador institucionalizado no IBGE. Fica evidenciado o trabalho de uma equipe dedicada e com capacitação, mas em número insuficiente no decorrer dos anos, buscando perspectivas de diretrizes de implementação da Atenção à Saúde do Trabalhador com coerência aos ditames da PNSST. O que esta equipe consegue é possibilitar um acompanhamento da saúde do trabalhador; promover programas e ações de estímulo a uma melhor qualidade de vida e fazer também ações de melhoria de condições de trabalho. Mas a maior demanda é referente à questão da assistência e o atendimento desta gera a necessidade de concentração de ações com esforço assim direcionado.

Nota-se pelas entrevistas que há uma compreensão pela atual direção de que o crescimento do funcionário resulta no desenvolvimento da instituição que, por sua vez, realimenta a realização e a satisfação das pessoas. Com este objetivo, as modificações realizadas nos ambientes de trabalho – salas reformadas, substituição de mobiliário e de equipamentos – foram a primeira providência. Em seguida a realização do Encontro Nacional de Saúde, em Minas Gerais, de onde saíram propostas ainda pontuais em relação à saúde para o trabalhador. E ainda a realização do exame periódico para 6.147 servidores, não alcançando apenas 14% de seu universo, mostra alguma disposição nesta direção.

Na entrevista, o diretor explica que o Programa de Melhoria da Qualidade na Gestão Institucional - 2008-2011 - tem como macro-objetivo estratégico “Assegurar a Qualidade da Gestão Institucional” e prevê em seus objetivos específicos:

instrumentalizar, acompanhar e avaliar as ações que visem ao aprimoramento da gestão pública com a participação dos servidores no processo. Para alcançar isto, há projetos de capacitação e modernização do sistema de informação, comunicação e previsão de processos de avaliação a partir do planejamento, execução e controle dos resultados.

Este programa poderá dar maior força no sentido técnico e político das ações de Saúde do Trabalhador dentro da instituição. Mas, para tanto, há necessidade de mudanças na formulação de propostas de trabalho condizentes com o conceito de Saúde do Trabalhador, compreendida pela própria equipe do setor de saúde da instituição como necessária à transformação de suas intervenções.

Em relação à participação da representação dos trabalhadores nos processos institucionais no que se refere às relações saúde-trabalho, que hoje se restringem quase exclusivamente às questões monetárias, está sendo objeto de discussão, em função da demanda do sindicato, que será mais bem detalhada ao analisarmos a participação sindical no processo de implementação do Sistema.

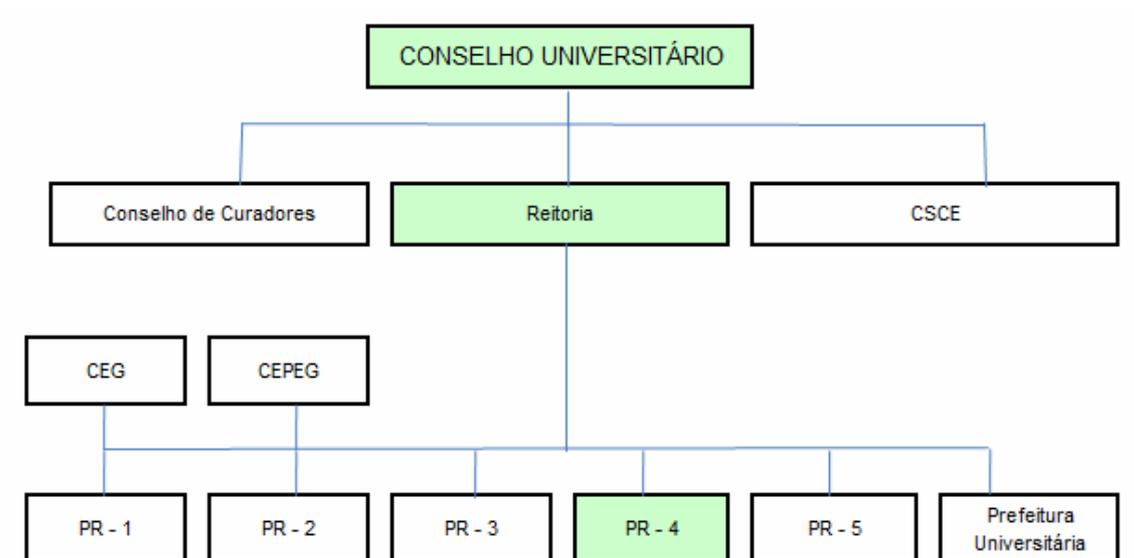
2.2 - A Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

I - APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ - foi criada no dia sete de setembro de 1920, com o nome de Universidade do Rio de Janeiro. Reorganizada em 1937, quando passou a se chamar Universidade do Brasil, tem a atual denominação desde 1965 (site da UFRJ), sendo subordinada ao Ministério da Educação.

A finalidade que justifica a existência da Universidade Federal do Rio de Janeiro e que baliza seus objetivos estratégicos consiste em proporcionar à sociedade brasileira os meios para dominar, ampliar, cultivar, aplicar e difundir o patrimônio universal do saber humano, capacitando todos os seus integrantes a atuar como força transformadora. Mais especificamente, a Universidade destina-se a completar a educação integral do estudante. (site da UFRJ)

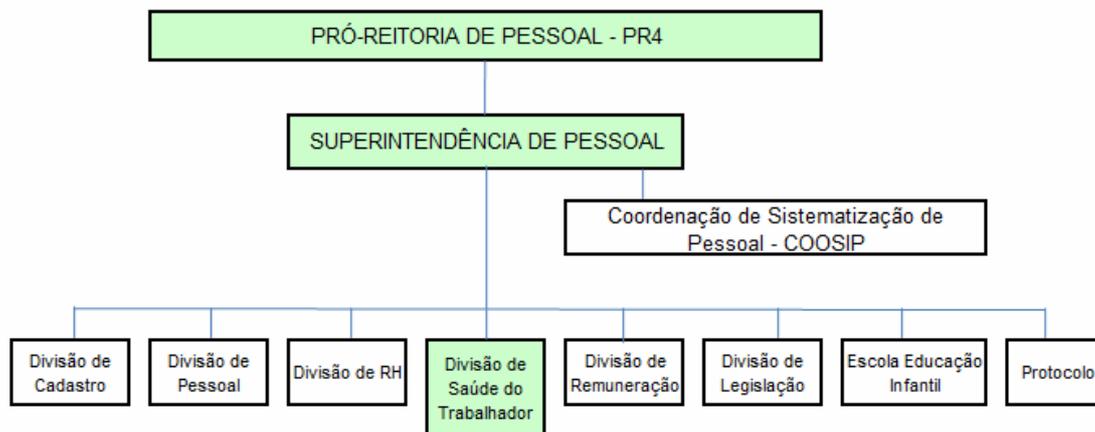
ORGANOGRAMA 4 – ADMINISTRAÇÃO GERAL DA UFRJ



Fonte: Elaboração da pesquisadora a partir de consulta ao site da UFRJ

Entre as cinco Pró-reitorias que a compõem, a de Pessoal, PR-4, é onde está a Divisão de Saúde do Trabalhador – DVST, unidade responsável pelas perícias e pela prevenção, promoção da saúde e segurança de seus Trabalhadores.

Organograma 5 – Pró-Reitoria de Pessoal UFRJ



Fonte: Organização da pesquisadora a partir de informações do site da UFRJ e revisão do Superintendente de Pessoal/UFRJ

QUADRO Nº 3

QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DA UFRJ CONFORME TIPO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO		
RJU	CONTRATO TEMPORÁRIO	TERCEIRIZADO
11.958	255	1.782

Fonte: Organização da pesquisadora com informações do Superintendente de Pessoal/UFRJ⁵

⁵ É um quadro bastante reduzido sem a totalidade dos vínculos.

II – ESTRUTURA DO PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A Divisão de Saúde do Trabalhador – DVST foi criada no final da década de 1960 e início da década de 1970, no princípio da construção do campus da Universidade quando saiu da Praia Vermelha para a Ilha do Fundão. Ela surgiu como ambulatório clínico.

“Era um barraco que tinha um médico, mais auxiliares de enfermagem. O primeiro local de trabalho foi na praça da prefeitura e em 1998 houve a reforma do prédio atual. Só em 1998 houve uma mudança para o atual prédio, com mais espaço, mas ainda com inadequações físicas e de difícil acesso”. (Diretora substituta da DVST)

Faz parte do Plano Diretor da Universidade, até 2020, um projeto em parceria com o Governo do Estado do Rio de Janeiro para a construção de um prédio considerado mais adequado e, para sua realização, negociações estão em pauta.

A equipe multiprofissional em saúde do trabalhador formou-se no final da década de 1980 para implementar o exame médico periódico na Universidade quando houve a mudança para o Regime Jurídico Único – RJU em dezembro de 1990. A Divisão de Assistência Médica e Social - DAMS - uma divisão que era só de assistência médica-social, até então, passa a ser a Divisão de Saúde do Trabalhador com três seções: seção de perícia médica, seção de saúde e segurança do trabalhador e seção de programas especiais.

O corpo clínico da DVST se compõe, atualmente, de médicos do trabalho e de outras especialidades, enfermeiros e técnicos de enfermagem do trabalho, assistentes sociais, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e técnicos de segurança do trabalho que atuam em caráter multidisciplinar, com ações de perícia e nos diferentes programas de promoção à saúde.

As principais atribuições da DVST são, hoje, realizadas por três seções que a compõe em seu organograma: concessão de licenças médicas e de benefícios previstos em lei e realização de exames pré-admissionais, de exames periódicos de saúde, de inspeções em locais de trabalho e de programas de prevenção e promoção à saúde.

Os programas desenvolvidos se restringem àqueles recomendados pelo Ministério da Saúde como: hipertensão, diabetes, colesterol, nutrição, saúde oral, saúde da mulher, vacinação e o de saúde mental, que é realizado com o apoio do Instituto de Psiquiatria e ainda o programa “previna-se” da AIDS com distribuição de preservativos. São programas realizados sempre em parceria e o atendimento de alguns vai além da população da universidade, chegando à comunidade. Esse trabalho acontece, muitas

vezes, não só na sede da DVST, mas de modo itinerante ou descentralizado para maior alcance da população e com parcerias de outros setores da instituição ou vinculados às ações de saúde.

Entre 1990 a 2008, foram dois os coordenadores que passaram pela DVST. Embora tenha havido mudanças, conforme número de pessoas atuando ou necessidade de modernização, a mesma proposta permaneceu para o trabalho desenvolvido em termos de ações.

Em 2003, a DVST/UFRJ formou um Grupo de Trabalho de quase cinquenta profissionais de diversos níveis de escolaridade, de formação, de representação das unidades, de diretores do sindicato – SINDUFRJ - para discutir e elaborar uma proposta sobre um programa de saúde do trabalhador. Em outubro do mesmo ano houve, na própria UFRJ, a realização do I Seminário de Políticas de Saúde do Trabalhador, onde a proposta foi apresentada e discutida, em dinâmica de grupos, para aprimoramento e apresentação do documento final, de construção coletiva de uma Política de Saúde Integral do Corpo Social da UFRJ, aprovado em consenso pelo grupo maior. Esse evento contou com a presença de deputados que defendem a área de saúde. Assim, foi escrito e institucionalizado, em 2003, a Política da Saúde Integral do Corpo Social da UFRJ, com aprovação do Conselho maior da Reitoria.⁶

A coordenadora da DVST relata que esse documento foi lido e discutido por integrantes da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, depois da instituição do SISOSP, já engajados na idéia de construção de uma Política de Atenção à Saúde para o Servidor Público Federal. A UFRJ foi chamada a colaborar desde 2005 com o MPOG quando foi formalizado o SISOSP e a equipe estava entusiasmada porque as primeiras idéias para construir uma Política Nacional para o servidor público estavam condizentes com as estabelecidas em seu Programa de Saúde do Trabalhador da UFRJ. Assim, foram determinados pelo MPOG os papéis da UFRJ e da Fiocruz para desenvolverem o Projeto-piloto no Rio de Janeiro.

Em 2005, foi realizado na UFRJ, o I Encontro de Perícia Médica, onde embora a intenção fosse discutir mais amplamente as ações de Atenção à Saúde do Trabalhador, incluindo avaliação ambiental e prevenção, a maioria dos participantes eram profissionais de perícia e, assim, o foco maior do encontro foi a perícia mesmo. Não foi

⁶ Não foi possível ter acesso ao documento em questão.

realizado outro seminário de Saúde do Trabalhador na UFRJ, por haver dado o início às ações para implementação do SISOSP, de onde deveriam partir as linhas diretivas.

Segundo a coordenadora substituta da DVST, quando são realizadas as reuniões com a pró-reitoria e as outras unidades de pessoal, com os representantes do sindicato e a DVST, esta Divisão tenta repassar a importância da implementação da Atenção à Saúde do Trabalhador, preconizada pelos princípios da Política da Saúde Integral do Corpo Social da UFRJ, que se pauta na PNSST. Mas, diante da falta de recursos, os projetos da área de Saúde do Trabalhador não são priorizados no atendimento e assim, necessidades de outras áreas são consideradas mais imediatas. Ela fala que falta o entendimento do Programa de Saúde do Trabalhador pelo conjunto dos participantes, diretores e sindicato, para que se consiga concretizar o trabalho nessa direção.

“(...) eles não imaginam que até o mobiliário correto soluciona muitos problemas no local do trabalho, eles não têm noção disso(...) eles até são abertos para entender, mas é que existem planos emergenciais que são mais práticos e que aparecem mais que nossas ações que são de médio a longo alcance”. (Diretora substituta da DVST)

Há um acompanhamento da pró-reitoria em relação às ações de Atenção à Saúde do Trabalhador, desenvolvidas pela DVST, mas estas ainda são insuficientes para atendimento da demanda, de acordo com a visão do Superintendente de Pessoal. Ele acrescenta que existe uma articulação entre os setores da área de pessoal das unidades da UFRJ, com reuniões periódicas e com o objetivo de *“construir de forma harmônica um desenvolvimento de uma política de recursos humanos na UFRJ”*, garantindo a aplicação de uma política plena de desenvolvimento de pessoal.

Há, na UFRJ, uma caixa de assistência que funciona com estrutura de auto-gestão: é a Caixa Assistencial Universitária do Rio de Janeiro - CAURJ. Desde março de 2008 ela tem um convênio com a UFRJ para assistência à saúde complementar e está aberta aos docentes, técnicos, ativos e inativos e seus respectivos dependentes registrados no SIAPE. Não há cobertura para os terceirizados, celetistas e contratos temporários.

Com o repasse de recurso pelo governo, o trabalhador tem o pagamento, pelo menos de uma parte, do que ele precisa para seu plano. A maioria na UFRJ é associada da CAURJ, que foi escolhida pela administração - PR4 - e pelo Sindicato da Universidade Federal do Rio de Janeiro - SINDUFRJ, pelas vantagens que apresentou.

A CAURJ tem um papel importante na assistência médico-hospitalar para os funcionários. Embora tenha sido uma vitória, uma conquista dos funcionários, e tenha o apoio do governo na sua criação, uma grande parte dos funcionários não consegue se

beneficiar dela por não conseguir administrar o pagamento do plano e seus compromissos de empréstimos consignados em seus salários, relata o Superintendente de Pessoal. Fundada em 1995, ela é uma sociedade civil sem fins lucrativos, criada por iniciativa comunitária. Seu objetivo é prestar assistência médico-hospitalar, através de planos de saúde, aos servidores ativos e inativos e aos alunos das instituições de Ensino Superior e/ou de Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, bem como a seus dependentes. Abrange principalmente a UFRJ, onde foi criada e expandiu seu atendimento para a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - Unirio, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ e Universidade Federal Fluminense - UFF. (site da CAURJ)

III – GESTÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

O Pró-reitor de Pessoal divide a responsabilidade da administração das ações de saúde com o Superintendente de Pessoal e a Chefe da DVST. Em seu papel de direção compartilha e delega a atuação a cada um de sua equipe. Assim, como todas as questões de qualquer setor ou unidade da universidade a serem deliberadas, as decisões sobre as ações de saúde são discutidas nos vários níveis hierárquicos. Há uma representação das unidades da universidade, assim como do sindicato, nos fóruns de discussão.

A Pró-reitoria de Pessoal é quem centraliza a normatização e publica todas as decisões de mudanças em rotinas e de legislação sobre todas as práticas da área, depois de discutidas em reuniões com as unidades de pessoal da universidade. Assim como todas as questões sobre qualquer setor ou unidade da universidade a serem deliberadas, as decisões sobre as ações de saúde são discutidas nos vários níveis hierárquicos. Há uma representação das unidades da universidade nos fóruns de discussão, assim como o sindicato.

Só neste ano é que está havendo orçamento destinado exclusivamente para a saúde. Para as campanhas há sempre convênios. Por exemplo: para a imunização, recebem as vacinas do governo do estado, ficando a cargo da UFRJ só o custo do material de aplicação.

A DVST tem uma gestão participativa interna com os chefes de suas seções e daí são tiradas as demandas a serem levadas ao Pró-reitor nas reuniões periódicas. Há também um relatório anual de trabalho da Universidade onde são feitos os registros quantitativos das ações executadas e também um plano onde são levadas as demandas. Não há uma análise qualitativa.

A DVST tem suas ações direcionadas somente aos servidores. Quando ela lança campanhas, como a de vacinação, elas são extensivas a todos. O pronto atendimento é feito a todos, sem distinção de vínculo.

Os terceirizados e contratados tem seus contratos gerenciados por cada unidade da UFRJ a qual eles estão vinculados. Aos terceirizados é feito o atendimento de emergência e encaminhamento à unidade do SUS. A responsabilidade dos contratos é da área administrativa não tendo, a Superintendência de Pessoal e nem a DVST, ingerência sobre eles.

Com relação à realização de Programas e ações, a Superintendência de Pessoal da UFRJ, através da DVST, mantém parcerias de trabalho com as secretarias municipal e estadual de saúde e outras unidades da própria universidade que estudam e pesquisam sobre promoção da saúde. Chega-se até ao atendimento assistencial, porque há tratamento para alcoolismo e atendimento odontológico.

O grande desafio é o da universalidade, diz a coordenadora da DVST e, mais uma vez, se coloca em relação a uma estratégia de trabalho de ações de saúde que incluam todos os trabalhadores da universidade, independentemente de vínculo. Todas as normas e conquistas neste campo estão restritas ao quadro de servidores.

IV– AGENDA PRIORITÁRIA

Neste ano de 2008, está sendo possível a realização do exame periódico com o recurso disponível no orçamento da universidade, que começou a ser repassado exclusivamente direcionado para a saúde.

As ações de saúde já tradicionalmente oferecidas pela DVST mais valorizadas pelos trabalhadores são os programas - hipertensão, vacinação, saúde mental - pela sua enorme credibilidade. O Superintendente de Pessoal quando fala do repasse atual dos recursos comenta:

“Fazer ações que possam continuar acontecendo, transformar isso numa coisa sadia da universidade, esse é o desafio: aproveitar a combinação de fatores positivos: apoio do governo federal, existe recurso, tem a divisão que trabalha isso, tem uma pró-reitoria que também entende isso. Mudando a administração, isto tem que continuar acontecendo(...)”

Outra demanda é de licenças médicas para resolver os casos de afastamento e depois a sua reintegração ao posto de serviço, quando muitas vezes o funcionário não tem a condição de exercer aquela função.

Há necessidade de parcerias entre as ações que são realizadas de várias formas. As unidades da própria UFRJ oferecem trabalhos de promoção de saúde – a COPPE,

com ergonomia; a Faculdade de Odontologia, com atendimento até mesmo de tratamento, são ações muito valorizadas pela administração e pelo sindicato e os trabalhadores são todos incluídos, sem distinção de vínculo.

V - PRINCIPAIS ENTRAVES

A UFRJ, com o concurso público de 2002 para todo o setor público federal, deu início à renovação de seu quadro de pessoal, mas ainda é esse um dos seus principais problemas.

Outro problema grave apontado pelo diretor são as condições das instalações físicas onde funciona a Divisão de Saúde do Trabalhador. Até recentemente, o funcionamento de telefone e internet era bastante precário. Há o projeto em processo de negociação para novas instalações, adequando o espaço às necessidades de desenvolvimento do trabalho.

Os principais problemas para trabalho com as ações de saúde são: recursos financeiros limitados, quadro de pessoal pequeno para a demanda das ações e necessidade de mais avanço na ação política para ampliação de parcerias para maior cobertura nas ações. A Universidade é muito grande e a pró-reitoria, como administração central, não tem seu alcance, embora haja um trabalho também dos RHs das unidades para atendimento de segurança específica e mais complexa, como no Hospital Universitário, COPPE e outros.

A chefe substituta da DVST coloca também que há o entrave da burocracia que dificulta muito a realização das ações. Outros entraves são os de ordem política, além dos administrativos, porque como as gestões são de quatro anos – para a administração gerencial e sindicato – as pessoas mudam e até a compreensão dos projetos e seus processos. Com isso, as decisões demoram mais.

Só neste ano é que está havendo orçamento destinado exclusivamente para a saúde. Para as campanhas há sempre convênios com outras instituições de saúde, como foi citado para a imunização.

Podemos considerar também como elemento de entrave a uma ação mais efetiva e integral o próprio desconhecimento dos trabalhadores sobre a relação saúde-trabalho-doença, já que as suas reivindicações restringem-se a ações pontuais de assistência, sem a percepção do seu papel de elemento atuante e central em todas as etapas do processo que dizem respeito ao assunto.

VI – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DO SIASS

A coordenadora da DVST faz parte do Conselho Nacional de Saúde⁷. Ela é, também uma das coordenadoras que acompanha e participa dos passos de construção do Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador para os trabalhadores do Serviço Público Federal no município do Rio de Janeiro, desde o SISOSP e agora o SIASS, representando a UFRJ. Participando dos grupos que trabalham no processo de construção do SIASS, no Rio de Janeiro, foi indicada pelo Ministério do Planejamento para compor a equipe de coordenação dos trabalhos no município do Rio de Janeiro.

O acompanhamento do processo do SIASS está delegado pelos dirigentes da pró-reitoria à DVST, não só a coordenadora, mas também a outros membros da equipe que estão acompanhando e participando do processo atual de construção do SIASS no Rio de Janeiro, nos subgrupos. A coordenadora da DVST foi uma das indicadas pela Coordenação de Seguridade Social do MPOG, para compor a Coordenação Local do SIASS no Rio de Janeiro. A UFRJ deverá ser uma das Unidades de Referência do SIASS no Rio de Janeiro, dando início às ações de Perícia Médica, priorizadas pelo Ministério do Planejamento.

VII – COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

Não existe um sistema de informação organizado e aberto pra difusão das ações de atenção à saúde do trabalhador pra atendimento, escuta das demandas. Este ponto foi incluído na atualização da página eletrônica da pró-reitoria como o veículo de divulgação e comunicação sobre a programação de campanhas e ações desenvolvidas pela DVST e informações sobre saúde em geral.

A PR4 tem um relatório anual da gestão da universidade, mas nele, a DVST, como já foi mencionado, registra dados quantitativos sobre as ações de saúde para os trabalhadores.

O SINDUFRJ tem a tiragem de um jornal que é amplamente lido e há também o jornal da Associação dos Docentes – ADUFRJ que tem uma tiragem mais limitada, mas que também cumpre o papel da informação. Os dois têm notícias e informações sobre saúde.

O jornal do Sindicato é semanal e trabalha junto com a DVST para divulgação de todos os eventos de saúde para os servidores, os aposentados e os pensionistas e a

⁷ Na Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS – CIEPCSS – representante do MEC

isso são acrescentados cartazes que são distribuídos a todas as unidades da universidade. Este Jornal é considerado peça importante como forma de incentivo ao funcionário a participar de assembléias e movimentos coletivos que envolvem todas as ações, principalmente as relativas à sua saúde.

VIII - PONTOS QUE FAVORECEM E PONTOS QUE DIFICULTAM

Em outubro de 2003 foi realizado o I Seminário de Políticas de Saúde Integral do Trabalhador da UFRJ para consensuar as propostas do que se denominou uma Política de Saúde Integral do Corpo Social da UFRJ.

Essa política, segundo a coordenadora da DVST foi elaborada de forma participativa e está institucionalizada. Dentre propostas apresentadas está *“a equidade no atendimento, com ampliação e integração dos projetos e programas já existentes, prevendo uma capacitação e uma centralização administrativa com descentralização operacional”*. Desta forma seriam criados pólos, possibilitando *“um diagnóstico abrangente, através de serviço de informações e vigilância epidemiológica e, conseqüentemente, a padronização das ações de saúde do trabalhador que deverão ser desenvolvidas em toda a UFRJ”*.

Percebemos nas entrevistas com a equipe da DVST uma procura por trabalhar de forma integrada com os vários setores de RH, as unidades da UFRJ, a superintendência de pessoal e o sindicato. Mas as propostas de ação ainda estão longe de serem implementadas, considerando, principalmente, a dispersão das unidades do ponto de vista geográfico, o que acarreta a necessidade de deslocamento para desenvolver as ações de saúde.

As ações realizadas, ainda hoje, estão de acordo com os programas recomendados pelo Ministério da Saúde, são na linha de campanhas e de prevenção. Com muita dedicação e pouco recurso, o esforço da equipe é gasto também em conseguir a realização por meio de parcerias. Talvez estes fatores dificultem o foco da equipe no atendimento para a população dos trabalhadores da universidade, que várias vezes extrapola sua abrangência atendendo também a comunidade.

A população da universidade é grandiosa e os prédios, antigos e pouco conservados, contam com uma equipe reduzida para fazer as ações de vigilância e promoção. Isto pode ser constatado desde o próprio prédio onde funciona o Serviço de Saúde do Trabalhador, local utilizado para o atendimento de assistência e perícia. Este se encontra em local de difícil acesso e tem sérias dificuldades para instalação de infraestrutura tecnológica, como a internet.

A equipe da DVST procura partilhar, da maneira mais ampla possível, sobre as decisões com os grupos representantes da administração e dos trabalhadores da universidade e a coordenadora é sempre chamada a fazer parte de grupos que desenvolvem políticas e ações em nível nacional. São elementos que deveriam trazer mais força de ação nesse campo.

Em síntese, em função das razões discutidas acima, o que se observa é um compromisso ainda bastante político dos gestores da área de pessoal com a implementação do SIASS, mas, na prática, uma ação fragmentada e pouco resolutiva em relação ao universo dos trabalhadores da universidade persiste, mesmo com um Programa de Saúde do Trabalhador consensuado e institucionalizado e uma equipe reduzida para atendimento de mais 10.000 trabalhadores.

3 - A Representação dos Trabalhadores

3.1 – Sindicato Nacional do IBGE – ASSIBGE

A representação dos trabalhadores se dá através do ASSIBGE, criado em 1988, e teve origem na Associação Recreativa dos Trabalhadores do IBGE. A direção do sindicato é eleita através do voto direto e é exercida por um colegiado composto por 18 diretores, sendo treze efetivos e seis suplentes. É uma diretoria proporcional aos grupos políticos que participam dela. Os diretores se dividem por secretarias específicas para cada assunto. Os grupos fazem projetos para sua área e toda a Diretoria discute e vota o projeto, não há autonomia para fazer o trabalho.

São 14 mil trabalhadores entre ativos e aposentados, dos quais 11 mil são filiados. A filiação ao sindicato não é restrita aos servidores da ativa. Os aposentados e pensionistas podem também se filiar, mas sem direito a voto e como têm interesse nas ações, participam das atividades.

O IBGE reconhece o Sindicato como interlocutor na mesa de negociação, mas este não tem assento nos fóruns decisórios da instituição. Não participa de reuniões de forma sistemática com o grupo gestor em nenhuma instância deliberativa e suas solicitações são apresentadas em reuniões pré-agendadas e espaços estabelecidos pelos gerentes. O mais freqüente interlocutor é o Diretor Executivo.

Em relação ao Programa de Saúde do Trabalhador, de acordo com o sindicato, já foi solicitado à direção da instituição que seja formada uma comissão paritária junto ao setor de ST da instituição, pedido que não foi aceito.

Por ocasião do Seminário de Saúde de Minas Gerais o sindicato, como representante dos trabalhadores, solicitou a participação de um representante e não foi permitido. Para o representante do sindicato “(...) *esse impedimento mostra que não podemos resolver as coisas com participação mais democrática de todos. É uma concepção de administração*”. (Diretora ⁸)

O sindicato realiza um trabalho de promoção de saúde com palestras, mas reivindica maior participação nas atividades dirigidas à saúde do trabalhador e uma maior interação com a GESAT. Percebem como necessário um estudo sobre o tema de saúde no IBGE que não seja restrito apenas à saúde individual, mas sim voltado para o processo de trabalho.

Os canais de comunicação entre trabalhadores e sindicato são: página na internet, assembléias, congressos e encontros específicos em que são convidados os trabalhadores, muitos deles dirigidos aos aposentados e “*aposentandos*”. As palestras sobre temas de saúde são realizadas mensalmente, sendo também assunto de pauta as questões financeiras. Nesses fóruns, chegam também demandas que integrarão as pautas de reuniões com o Diretor Executivo.

A participação nestes eventos varia conforme o tema abordado. O tema mais recorrente são as demandas e lutas salariais, embora seja importante destacar que o tema da saúde já foi objeto de greves. A representante sindical relata:

“Em 1998, o IBGE não quis mais administrar o plano de saúde e queria passá-lo para essa previdência complementar. Antigamente, o Estado pagava tudo. Até essa época, nós tínhamos um plano de saúde integral para todos os trabalhadores e o IBGE pagava toda a conta. Mas chegou um momento que a conta veio alta e o IBGE não tinha dinheiro. Desta forma, o IBGE transferiu essa conta para os trabalhadores. Então, os trabalhadores organizaram uma greve que paralisou o Brasil inteiro. Houve um processo de negociação a fim de que o IBGE arrumasse uma outra empresa, pois essa conta não podia voltar para os trabalhadores. Naquela época, houve um debate, pois as pessoas não queriam que o plano fosse para a previdência complementar. E houve votação para decidir se ia para essa previdência complementar ou para o Sindicato. Por ampla maioria, os trabalhadores decidiram que o Sindicato deveria administrar o plano. Eles confiavam no Sindicato. Em 1998, foi votado que a administração do plano de saúde seria do Sindicato. Então, é um tema que gera bastante discussão. Há uma preocupação muito grande por parte das pessoas por não terem dinheiro para pagar um plano de saúde, pois os planos visam o lucro. O segundo é relativo ao adoecimento das pessoas...Recorrer a quem? Essa questão das catracas...as pessoas têm que compensar, caso vá ao médico. Então, a política é invertida. O IBGE tem setenta anos, mas nunca teve catraca de controle de ponto. Eles estão fazendo também uma política de controle

⁸ Diretora da Secretaria de Saúde do ASSIBGE

sobre o trabalhador e não sobre o trabalho. É um debate imenso que está acontecendo no IBGE hoje. Essa administração pretende controlar o trabalhador e não a sua produção. O número de atendimentos médicos aumentou muito dentro da instituição e de atestados médicos também. O IBGE diz que antes não precisava de atestado. Hoje, em relação à discussão sobre aposentadoria, muitas pessoas estão dispostas a se aposentar mesmo perdendo a gratificação devido a essa política muito fechada do IBGE. Os pesquisadores no IBGE ficam num lugar com baias abertas. Então, como as pessoas vão pensar ou elaborar ou escrever? É muito difícil trabalhar num ambiente como esse. Foi uma política ao contrário, mais para desanimar”.

E acrescenta:

“Teve esse movimento marcante já que foi nacional. Hoje, existe uma luta para que o IBGE assuma esse plano de saúde. O sindicato administra, mas o IBGE não quer assumir. Também há uma luta para que o IBGE assuma a administração do plano com o controle de uma comissão de trabalhadores. É uma entrega, mas com uma comissão de trabalhadores para fiscalizar o processo (.....)”

Para o sindicato, a reivindicação mais presente na pauta em relação à saúde é de que a Direção do IBGE assuma a administração do plano de saúde. Houve um convite à Coordenação Nacional de Entidades dos Servidores Públicos Federais – CNESF ao Coordenador de Seguridade e Benefícios do Servidor da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, durante um fórum nacional, para falar sobre plano de saúde dos servidores públicos. O expositor colocou, segundo o sindicato, que o valor da contribuição do governo de quarenta e dois reais era suficiente para que o trabalhador pagasse um bom plano de saúde e que a instituição não é obrigada a administrar um plano de saúde.

As alternativas que a Lei oferece seriam fazer uma administração direta de auto-gestão ou repassar a contribuição do empregador, no caso o governo federal, diretamente ao trabalhador ou a uma administradora de plano. O IBGE opta por fazer o repasse do auxílio-saúde diretamente ao trabalhador.

As demandas que chegam ao sindicato, no coletivo, são, entre outras, a do aumento do valor de repasse e as demandas individuais se referem diretamente para a questão da assistência.

A Coordenação de RH considera que há uma boa resposta dos trabalhadores aos programas oferecidos. As demandas, em geral, são reclamações e chegam, em sua maioria de maneira informal. Para a Gerência de Saúde do Trabalhador não existe um programa permanente de avaliação das ações e de discussão com o sindicato, já que eles não participam do planejamento.

Embora o sindicato tenha manifestado, como na fala acima de sua representante, a necessidade de se realizarem estudos que contemplem a análise e discussão do

processo de trabalho, a Coordenação de Recursos Humanos avalia que não existe formalmente muita demanda por programas de saúde ou ao processo de trabalho. “*No IBGE, culturalmente os trabalhadores se prendem à questão do atendimento médico e as demandas são nesse sentido, ou seja, se o médico faltou ou se aposentou e por não ter ninguém no lugar dele.*” (Coordenadora de RH)

As Unidades do IBGE, mesmo no Rio de Janeiro, têm reivindicações bem distintas para melhoria relacionada às condições de trabalho. Existem solicitações pontuais, localizadas conforme a necessidade específica. Nos últimos anos, o IBGE conseguiu melhorar os ambientes de trabalho em termos físicos e de mobiliário e isto refletiu de maneira satisfatória, o que confirma a representante do sindicato.

Entre as ações mais valorizadas pelos trabalhadores, segundo os gerentes, está o exame médico periódico, que teve grande impacto na instituição. O momento de mudança da estrutura, com a implantação do sistema do ponto eletrônico, criou um problema muito sério de embates entre servidores e médicos. Mas há uma ordem de serviço que define os parâmetros a serem seguidos e houve dificuldade de adaptação dos servidores às novas regras.

Há unidades do IBGE, mesmo no Rio de Janeiro, com reivindicações bem específicas relacionadas às condições de trabalho. Existem solicitações pontuais, localizadas conforme a necessidade e que, segundo o sindicato, devem ser vistas para que sejam atendidas.

O Sindicato, como já foi mencionado, tem reivindicado uma política organizada de vigilância da saúde do trabalhador, destacando que são realizados rotineiramente trabalhos de campo em áreas de risco, mas se mostram pontuais em termos de intervenção.

Quanto ao processo de implementação do SIASS o Sindicato procurou conhecer um projeto de interesse do trabalhador, mas “*ainda não há nada oficializado no IBGE deste programa*”. O Sindicato vê a necessidade de democratizar o debate interno com os trabalhadores sobre o SIASS e seu processo de implementação, no IBGE, para discutir suas prioridades.

Houve uma convocação do Secretário de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento – MP em que ele apresentou, junto com o Coordenador de Seguridade e Benefícios do Servidor e a equipe que está coordenando, a implantação do SIASS no Rio de Janeiro, para todos os setores de Recursos Humanos dos órgãos públicos do município. Para esta palestra e debate foi aberto ao Sindicato a participar. “*Aceitamos com alegria, pois sentar para discutir e propor, já é interessante*”. (Diretora). Para esta

diretora, a estratégia de criar Unidades de Referência e trabalhar de maneira conjunta pode contribuir positivamente para a solução de alguns problemas, mas não de todos.

As atividades realizadas no sindicato têm análise para alguns assuntos no processo de gestão interna e todas as ações têm avaliação. As ações de saúde estão aí incluídas. Elaboram e divulgam seus relatórios.

A principal reivindicação do Sindicato dos Trabalhadores do IBGE em relação à saúde do trabalhador é de poder participar desde o planejamento até o processo de avaliação, das ações e programas de saúde, o que se aproxima da proposta do modelo italiano, anteriormente discutida.

3.2 - Sindicato de Trabalhadores em Educação da Universidade do Rio de Janeiro - SINDUFRJ

O SINDUFRJ teve a sua origem na Associação dos Servidores existente desde 1983 que, em 1992, se tornou sindicato. É composta por 28 diretorias e sete coordenações. São realizadas reuniões sistemáticas semanais, gerais e específicas, até três vezes por semana, conforme a demanda. O número de associados é em torno de 15 mil.

O sindicato da universidade sempre se posicionou bastante participante em todas as discussões, principalmente nas questões de saúde dos trabalhadores, como no seminário de 2003 para a discussão da proposta das políticas de Saúde do Trabalhador da Universidade. A participação de seus diretores sempre trouxe muita contribuição.

Hoje, está mais voltado para as questões pecuniárias, diz a chefe da DVST, confirmada pela diretora de Políticas Sociais do sindicato.

Nas reuniões rotineiras da Pró-reitoria de Pessoal, a representação do sindicato, mesmo sem convocação formal, está sempre disposta a participar e é recebida. Muitas vezes seus posicionamentos são diferentes, mas enriquecem, diz o pró-reitor. O Superintendente de Pessoal considera que, mesmo assim, a participação da representação dos trabalhadores no programa de saúde dos trabalhadores na instituição poderia ser maior.

A Coordenação de Políticas Sociais do sindicato é que tem atribuições direcionadas a atenção da saúde do trabalhador. Sua relação com a Superintendência de Pessoal e com a DVST, especificamente é trazer as demandas e apontar as condições de trabalho inadequadas.

A DVST considera que a gestão em relação às ações de saúde no trabalho é participativa, com reuniões com os três segmentos: administração, DVST e sindicato, mas que muitas vezes os resultados não trazem um direcionamento final para a atenção à Saúde do Trabalhador pelos fatores de não entendimento de sua relevância e, assim, há prioridade para as demandas dos outros setores. Segundo a coordenadora de Políticas Sociais, o posicionamento do sindicato poderia ajudar mais, sendo mais incisivo nessa defesa. Ela, que está há menos de um ano no cargo, coloca que há uma boa articulação entre o Sindicato, a Pró-reitoria de Pessoal e a DVST, tendo participação em reuniões, embora não de forma sistemática. O sindicato acompanha o trabalho de atenção à saúde aos trabalhadores junto à DVST, levando também as demandas dos funcionários chegadas até ele. Este registro também é feito nas reuniões com a Superintendência de Pessoal. Mas, segundo ela, a contribuição deveria ser maior.

Segundo o sindicato, as reivindicações mais valorizadas são da carreira, no que diz respeito à parte financeira. “(...) *eles estão menos preocupados com a saúde do que com a carreira. Infelizmente (...)*”, nos relata a coordenadora .

O tipo de reivindicação mais presente por parte dos trabalhadores é a concessão de adicionais por insalubridade, fala o Superintendente de Pessoal e confirma: “*Na Universidade se consolidou uma cultura de que funciona melhor receber do que, um dia, corrigir. Pelo menos eu estou recebendo aquilo que me é de direito*”. Assim, normalmente a pressão é para que se enviem os peritos, que se faça logo a avaliação. Não há mobilização para pressionar a administração para que se altere o ambiente de trabalho. Receber o adicional é o que vai satisfazer ao trabalhador no entender do Superintendente de Pessoal.

Já houve atuação da Comissão de Local de Saúde do Trabalhador – COLSAT, organizada e treinada por unidades com formação de brigadistas, mas atualmente, segundo a coordenadora da DVST, ela não está mais em atividade. Sua estruturação está prevista nas diretrizes da Política de Saúde do Trabalhador da Universidade. O trabalho de vigilância é muito difícil, porque os prédios são antigos e inadequados.

O SINDUFRJ tem um jornal, com tiragem semanal que é amplamente lido pela comunidade da universidade. Este é considerado peça importante de incentivo ao funcionário a participar de assembléias e movimentos coletivos que envolvem todas as ações, principalmente as relativas à sua saúde. Além desse veículo onde divulga todas as informações, o sindicato faz, junto com a DVST, a divulgação de todos os eventos de saúde para os servidores, os aposentados e os pensionistas e para isso são feitos cartazes e panfletos com distribuição em todas as unidades.

O Sindicato teve conhecimento sobre o processo de construção do SIASS apenas através da participação em reuniões na DVST e de uma reunião em Brasília, da Federação de Sindicatos de Trabalhadores em Educação das Universidades Brasileiras - FASUBRA.. Diz a coordenadora de Política Social do SINDUFRJ que a contribuição poderá ser muito grande.

Em síntese, ao analisar as formas de organização das ações de saúde do trabalhador das instituições estudadas, à luz das categorias de análise identificadas anteriormente, buscando identificar em que medida elas se aproximam da PNSST, podemos concluir quanto a:

1. *Articulação e a integração das ações de assistência com as ações de vigilância.*

No IBGE, as ações de vigilância são bem restritas. Foi realizado o PCMSO, em 2006, com cobertura expressiva – mais de 70% - e retorno parcial dos resultados. Não existe, porém articulação e integração do serviço de saúde da instituição de assistência na etapa do atendimento posterior. Além de grande parte dos trabalhadores não terem plano de saúde, os serviços destes planos não têm o olhar sensibilizado para os agravos da saúde relacionados ao processo ou ambiente do trabalho.

O laudo técnico sobre vigilância e segurança ambiental é terceirizado e encaminhado à equipe médica da instituição para os pareceres e cálculo dos percentuais sobre o adicional de insalubridade. Não existe Comissão de Saúde do Trabalhador.

A articulação e integração das ações de assistência na UFRJ acontecem internamente entre os setores de RH das unidades com ações de saúde desenvolvidas conforme o seu foco de estudo e pesquisa. Mas não são ações voltadas para a saúde do trabalhador, nem com olhar voltado para o seu processo de trabalho.

Na universidade existe a COLSAT, com brigadistas treinados, mas está inativa.

As ações de vigilância e ambiente são bem dificultadas pela falta de recursos para obras necessárias à manutenção das construções antigas e não conservadas tornando-se inadequadas. A própria situação da sede da DVST é bastante crítica em termos de condições de trabalho.

2. *A universalidade das ações.*

Não há universalidade das ações nas duas instituições. O atendimento para todos os vínculos fica restrito às emergências, alguns programas de promoção e vigilância de acidentes. E não há, ainda, nenhuma expectativa para que os serviços de ST possam

interferir na elaboração e gerenciamento dos contratos com outros vínculos com o objetivo em garantir a atenção à saúde a todos os trabalhadores.

3. *A responsabilidade social do empregador.*

Nenhuma das duas instituições é ligada, em sua estrutura organizacional, ao MS, portanto não estão vinculadas à estrutura do SUS.

Deve ser lembrado que a ação de promoção de saúde no trabalho é mais específica, porque abrange o processo de trabalho e o ambiente do trabalho.

O IBGE, com esta nova diretoria teve a preocupação de melhorar as condições de trabalho com mobiliário, equipamentos, iluminação e adequação física das salas, mas colocou um controle de ponto que tem causado várias discussões sobre os danos à saúde dos trabalhadores e os ganhos sobre a sua produtividade.

A UFRJ segue os programas ditados pelo MS. Pela necessidade de descentralização e parcerias, as campanhas realizadas muitas vezes não limitam o foco no atendimento à população de trabalhadores da universidade.

Nas duas instituições é feito investimento em campanhas e ações de promoção em termos de prevenção e saúde individual, mas não a partir de uma análise do processo ou ambiente do trabalho.

4. *Um modelo participativo e emancipador com critérios de qualidade voltados aos conteúdos de ações.*

No IBGE, as ações prioritárias são o PCMSO, as campanhas educativas e a melhoria e ampliação da assistência médica.

O Encontro Nacional de Saúde, com o objetivo de “*promover a integração e a troca de experiências entre os profissionais de saúde em atividade nas Equipes de Saúde do IBGE, e integrar representantes das GRH no encaminhamento das questões administrativas da área de saúde*” pode demonstrar disponibilidade de mudança. Mas os gestores mostram que a mudança prevista está sendo esperada pela implementação do SIASS, apesar de não se pretender interromper a programação institucional que já é uma demanda cultural dos trabalhadores. Assim, o modelo deverá ser o mesmo com o trabalhador tendo pouca visibilidade das características do ambiente e processo de trabalho e os riscos à sua saúde.

A atenção à saúde do trabalhador na UFRJ não é prioridade no fórum de gestores onde se discute alocação de recursos, porque não há compreensão e entendimento da sua importância da implementação de Política de ST, já institucionalizada e que não conseguiu ter o seu lugar de práticas.

Embora tenha havido vários eventos importantes, como o seminário para elaboração da Política de Saúde do Trabalhador, a transição vai ser de difícil alcance para a pequena equipe que trabalha num local inadequado, com dificuldade de recursos tecnológicos, obrigada a descentralizar constantemente suas ações até o trabalhador. São barreiras técnico-político-administrativas a serem enfrentadas para uma mudança. No SISOSP, e agora no SIASS, têm sido colocadas as esperanças de conquistas para mudanças.

5. Um processo de educação permanente participativo.

No IBGE, foi identificado o Encontro da Saúde como o fórum que mostrou estes valores.

Para melhor articulação dos setores, foi elaborado o “Programa de Melhoria na Qualidade da Gestão Institucional”, de planejamento estratégico, com o objetivo de gerenciar pessoas por competência, incluindo a capacitação em função de suas áreas, com o objetivo de rever os processos de trabalho. Como está em princípio de operacionalização, não há avaliação.

A UFRJ é um campo de construção de conhecimentos. A integração entre as unidades na construção de metodologias e instrumentos que viabilizam informações e ações de saúde acontece como parcerias de estudos e pesquisas sobre promoção de saúde. As unidades da universidade disponibilizam conhecimento produzido ou serviços que ajudam na operacionalização de ações para a saúde de seus trabalhadores e até para a comunidade.

6. Discussão permanente do trabalho como objeto central para o desenvolvimento de estratégias de intervenção.

Os programas e ações precisam ter a dimensão da saúde voltada para o trabalho para que as pessoas possam ter consciência de sua posição de sujeito e com poder de intervir. Discussão entre gestores, técnicos e trabalhadores é o leva a esse alcance.

Nenhuma das duas instituições tem avaliação de suas ações. Apenas registram suas ações em relatórios anuais.

No IBGE, estas ações estão mais voltadas para a melhoria da qualidade de vida e ações que instrumentalizem o trabalhador na direção de maior produtividade. Para a equipe do serviço de ST, o Encontro Nacional de Saúde foi o instrumento de maior alcance e que deve ter continuidade para ser permanente. Mas não foram aí incluídos os trabalhadores e suas representações.

Na UFRJ, as parcerias acima citadas com ações ou estudo e pesquisa não retornam ao trabalhador como informações necessárias para ele que tenha o poder de conhecer e avaliar sua saúde no ambiente e condições de seu local de trabalho para saber e poder intervir.

Os seminários de saúde realizados na universidade ficam na esfera dos que trabalham no serviço de ST e a própria política de ST ainda não implementada ficou também neste nível.

7. A gestão participativa com controle social.

É um pressuposto da Saúde do Trabalhador o controle e o envolvimento do trabalhador como elemento central de todo o processo desde o planejamento, desenvolvimento e execução das ações.

No IBGE, não há esse movimento de participação. As demandas individuais chegam por documento, via e-mail, ou mesmo por processo e mais em termos de assistência. As coletivas são feitas através do sindicato, que solicita agendamento de reuniões. Não há um assento aberto ao sindicato nas reuniões regulares da instituição.

Na UFRJ, as reuniões nas quais o sindicato tem assento são freqüentes, mas as ações de saúde não são priorizadas, como mencionado.

Nas duas instituições, nas demandas coletivas, o que tem primazia são as reivindicações salariais.

8. Difusão de informações visando à comunicação e à gestão fundamentada em avaliações técnicas.

O Sistema de Informação disponibilizado pelo IBGE e o site da UFRJ são canais para divulgar informações e notícias sobre saúde em geral e as agendas de ações e campanhas. Não são sistemas de informação para instrumentalizar os trabalhadores.

Nas duas instituições o corpo de funcionários ainda não foi informado sobre o que é o SIASS.

Após esta apresentação dos resultados da pesquisa de campo realizada como estudo de caso e para dar atendimento a outro nosso objetivo, buscamos identificar em que direção as ações avançam em relação à PNSST e como elas se inserem na agenda dos gestores e trabalhadores. Nas entrevistas fica evidente que a PNSST não é conhecida e/ou entendida por todos os gestores e, assim, o envolvimento para realização se distancia das prioridades gerenciais e muito mais ainda de serem seguidas as diretrizes e as responsabilidades norteadas para ações transversais e intersetoriais.

Nosso objetivo neste trabalho foi identificar como vem sendo implementada a política de Saúde dos Trabalhadores nas instituições públicas federais do município do Rio de Janeiro e, em que medida, este processo tem facilitado ou dificultado a consolidação do modelo de atenção integral à saúde do trabalhador, preconizado pela PNSST. Para fazê-lo, buscamos avaliar o grau de participação de gestores e trabalhadores no processo de implementação e a compatibilidade das ações programadas com os princípios da PNSST. Com o estudo realizado nas instituições públicas do Rio de Janeiro e junto à COGSS/MPOG, confirmamos que o grau de participação dos gestores e trabalhadores e suas concepções sobre a relação saúde e trabalho e seus determinantes configuram diferentes modelos de atenção e organização dos serviços que se aproximam ou não do modelo de saúde integral.

Ao analisar as iniciativas do Estado direcionadas a estruturar a política de saúde do trabalhador no serviço público federal foi visto que um limitador da implantação da atual política proposta pelo MPOG é o estabelecimento de uma hierarquização a partir de uma base racionalizadora, calcada no pressuposto da gestão da política de seguridade para os trabalhadores públicos federais. Diante de uma proposta de rede e das histórias institucionais de construção de modelos institucionais múltiplos e de uma tensão também pela consistência da formulação do setor saúde, expressa na PNSST, esta vai se mostrando com características diferentes por parte dos gestores do MPOG.

O documento da PNSST afirma, em sua apresentação, que o Estado, para cumprir seu papel de empregador, deve garantir o atendimento de ações de segurança e saúde do trabalhador com abordagens transversais e intersetoriais. Este modelo de gestão em rede poderá garantir mecanismos de controle, resolução de conflitos e tomada de decisão, necessários para dar o caráter de eficiência e efetividade a esta área de Atenção à Saúde do Servidor, contribuindo para a sua promoção social e política de cidadania. O modelo de rede faz-nos refletir sobre a relação como desenho facilitador de desenvolvimento social e sobre sua importância no movimento de transformação do

nível de saúde tanto coletiva quanto individual. Só através dele será possível atender as ações de saúde do servidor com resolutividade garantindo integralidade (JUNQUEIRA, 2000).

Esta pesquisa mostra que o posicionamento do Estado no sentido de propor a formulação de uma política de atenção para a saúde do servidor não tem conseguido tomar decisões assertivas condizentes com os princípios da PNSST.

Em seu processo histórico, o MPOG/SRH desde 2003 representado pela Coordenação de Seguridade Social e pela Coordenação de Capacitação, reuniu-se a um grupo interinstitucional para elaborar uma proposta política a ser implementada como um projeto de Assistência Integral à Saúde dos Servidores. Neste grupo, havia representantes da Fiocruz, da Coordenação da Saúde do Trabalhador - Cosat/MS, da Fundacentro/MTE, do Ministério da Educação e de outras instituições de ensino e pesquisa. É um trabalho de um grupo que já vinha se reunindo para discutir a racionalização dos temas acerca da insalubridade e perícia médica para o servidor público, pontos que acarretam ônus e sobrecarga processual na administração pública. Foi um momento em o MPOG propôs um trabalho com gestão articulada a outros setores.

No momento seguinte, instituído o SISOSP, com outro coordenador, a postura de gestão hierarquizada por parte do MPOG se mostra bastante clara e, até mesmo antagônica, com decisões centralizadas. Só em 2007, com o novo coordenador da COGSS/SRH, o MPOG tem novamente uma abertura, mas ainda de forma não completamente receptiva à gestão articulada interinstitucionalmente com mecanismos de construção com estratégia voltada para a transversalidade das ações intersetoriais para a saúde do trabalhador. Embora em sua fala a atual coordenação afirme que a linha de construção da política deverá seguir a forma coletiva, para que assim aconteça, não basta que esta ação abranja somente a participação de reuniões dos trabalhadores dos serviços de atendimento para elaboração de documentos e linhas de ação como diretriz dessa política. As ações, para serem realmente coletivizadas, devem estar alinhadas a pressupostos consensuais da participação dos diversos atores envolvidos, como a representação do grupo dos trabalhadores, dos atores institucionais e dos que desenvolvem estudos e pesquisas sobre a saúde dos trabalhadores. Assim, será uma formulação de modelo com articulações intersetoriais e transversais necessárias, com ações participativas e características interdisciplinares do campo da saúde do trabalhador, incluindo a relação processo de trabalho com a saúde, que é o seu objeto de ação e de natureza transdisciplinar.

O Decreto n.º 6.833, de 29/04/2009, que institui o SIASS institui também o seu Comitê Gestor composto por representantes, indicados pelo MPOG, dos Ministérios da Saúde, da Previdência Social, da Educação, da Fazenda e do Trabalho e Emprego. Este é um decreto que revoga o anterior, que instituiu o SISOSP, no qual não há referência à ação interinstitucional, portanto uma ação restrita à coordenação do MPOG. Esta nova formalização, portanto, mostra mudança de postura hierárquica, uma intenção para concretização de um trabalho com gestão articulada a outros setores.

A estrutura da Secretaria de Recursos Humanos do MPOG, em termos de atuação das Coordenações do Departamento de Relações de Trabalho, demonstra fragmentação das ações dirigidas à atenção à saúde do servidor.

A primeira providência da COGSS para a implementação do SIASS foi a criação do SIAPE-Saúde, que deverá ser a rede de suporte técnico para que a atenção à Saúde do Trabalhador se dê em todos os níveis e de forma mais compartilhada em termos de: comunicação como um banco de dados, com informações técnicas e experiências; articulação de relações interinstitucionais; capacitação com treinamentos, estudos e pesquisas; e gerenciamento. É, sem dúvida, um ponto favorável, assim como a formação dos grupos locais para discussão do processo de construção do SIASS e a realização do I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor. Mas, acompanhando a estrutura da SRH/MPOG, temos também os pontos críticos como a não institucionalização da participação dos trabalhadores através de suas representações no processo de implementação do SIASS e a baixa capacidade de institucionalização do SIASS, o que prejudica a organização dos grupos.

Diante da ausência de uma política da Atenção à Saúde para o servidor público, normatizada e institucionalizada por parte do MPOG, os serviços foram se estruturando conforme a compreensão de seu significado para o gestor do momento e dele dependendo o apoio à equipe que o desenvolve e também a possibilidade de participação da representação de seu corpo funcional. Portanto, as diferenças ficam evidenciadas em termos de gestão e formas de operacionalização pelas características institucionais e os trabalhadores responsáveis pelo setor de Atenção à Saúde do Trabalhador.

Um de nossos objetivos foi buscar identificar, como já mencionado, em que direção as ações avançam em relação à PNSST e como elas se inserem na agenda dos gestores e trabalhadores. Concluímos que a PNSST não é conhecida e/ou entendida por todos os gestores e, assim, o envolvimento para realização se distancia das prioridades

gerenciais e muito mais ainda serem seguidas as diretrizes e as responsabilidades norteadas para ações transversais e intersetoriais.

As equipes dos serviços de saúde do trabalhador das duas instituições são capacitadas e envolvidas com a área, têm visão da necessidade de mudança de ações fragmentadas para o conceito de visão mais integral da saúde no trabalho. Mas há pontos críticos: a falta de orçamento destinado à saúde, equipe pequena em relação à demanda além de entraves políticos e administrativos. Os trabalhadores dos setores responsáveis ST tendem a realizar um trabalho aquém das diretrizes da Política Nacional e Segurança e Saúde do Trabalhador, nas quais se inscrevem suas convicções de um modelo a ser implantado de acordo com o conceito amplo da saúde no trabalho.

O acompanhamento do processo de implementação do SIASS mostra que ele é um avanço, no qual participaram 29 representantes dos serviços de saúde do trabalhador, de um total de 91 instituições federais, na medida em que o setor público reúne pessoas com visão das ações de saúde numa abordagem que busca o conceito da Saúde do Trabalhador. O seu planejamento, ainda que de forma embrionária, parece levar em conta os desafios contidos nos eixos do Modelo de Sistema Integral de Saúde do Trabalhador, que foi tomado para nossa análise e que estão nas diretrizes da PNSST. Tal afirmação parte da fundamentação colocada nas propostas apresentadas pelo grupo do Rio de Janeiro: da resposta de comparecimento e da participação dos que trabalham nos serviços de saúde da instituição e também dos que ali estavam enquanto representantes de associações e sindicatos. Estes últimos, ainda hoje, estão tendo um papel bastante retraído diante do concebido como estratégia necessária de inscrever o trabalhador e suas representações como protagonistas na condução do processo de gestão, acompanhamento e controle social de sua saúde.

Esse é indicativo de um processo que está ainda em princípio de formação e que enfrenta muitos empecilhos, que podem ser de ordem político-burocrática, como a dificuldade de formalização de instrumentos que são fundamentais para respaldar gestores e trabalhadores em suas decisões e ações.

O SIAPE/Saúde é um instrumento de coleta de dados e fluxo de informações que, se forem compatibilizados à padronização de conceitos e critérios quanto à concepção e caracterização de riscos e agravos à segurança e saúde dos servidores, poderão intervir em seus processos de trabalho de maneira eficiente. Esta poderá ser a oportunidade de estruturação de uma rede integrada para a geração de relatórios e análises de ambientes para uso das instituições envolvidas neste mesmo objetivo da PNSST.

Além disso, o SIAPE-Saúde poderá ser uma ferramenta adequada de implementação de outra estratégia necessária, que é a estrutura de um sistema de capacitação e educação continuada para todos os que estão relacionados às ações multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial de Atenção à Saúde do Servidor.

A revisão do Manual para os Serviços de Saúde, a normatização e a formalização da estrutura do SIASS serão outras vias que contribuirão como instrumentos para a definição de políticas institucionais que poderão facilitar sua gestão com articulação e integração, de forma contínua e uniforme com as ações o governo.

Há muito que caminhar para alcançar a construção do que vai além do conceito restritivo da Saúde Ocupacional, que tem fundamentado o atendimento restrito de aplicação de normas e regras contratuais da relação empregado-empregador. Isto porque, mesmo que o conteúdo das propostas apresentadas até agora mostre indícios de alinhamento com os princípios conceituais da Saúde do Trabalhador, o que há de respostas do governo em termos jurídicos e técnicos está longe de garantir efetivamente direitos à sua saúde no trabalho para o servidor.

Com esta pesquisa, pretende-se dar uma contribuição ao processo de implementação da saúde do trabalhador para o serviço público federal, deixando o registro histórico do movimento que marca o início da formulação da política de Atenção à Saúde do Servidor, mostrando o empenho significativo dos que trabalham nos serviços de saúde do trabalhador das instituições públicas federais do Rio de Janeiro e da equipe da COGSS/MPOG.

Referências Bibliográficas

ANTUNES, R.L.C. *O que é sindicalismo*. Coordenação Vanya Sant'Anna – São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense – Coleção Primeiros Passos, 1985.

BRASIL. MTE. *Convenção da OIT*. Disponível em: http://www.institutoamp.com.br/convencoes_oit.htm. Acesso em: 13 out.2008.

BRASIL. MPOG. *Conteúdo histórico da Secretaria de Recursos Humanos*. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/recursos_humanos/conteudo/historico.htm. Acesso em: 26 ago.2008.

BRASIL. MPOG. *Boletim Estatístico Anual*, n. 148. Disponível em: <http://www.servidor.gov.br> Acesso em 22 nov. 2008.

BRASIL. MS. *RENAST*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25085&janela=1. Acesso em 20 out. 2008.

BRASIL. MS. *Portaria Interministerial n. 800*. Disponível em: http://200.189.113.52/ftp/Saudedotrabalhador/05MPS_MS_MTE_800.doc. Acesso em: 20 out. 2008.

DIAS, E.C. *A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde no SUS, no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia?* 1994. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

DIAS, E.C. e HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*. ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 817-828, 2005.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In:_____. *Microfísica do Poder*. Graal, Rio de Janeiro, 1982.

GOMES, F.G. Conflito Social e Welfare State: Estado e desenvolvimento social no Brasil. *Revista de Administração Pública* – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, n. 40, p. 201-233, 2006.

JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, Transetorialidade e Redes Sociais. *Revista de Administração Pública* – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, v.34, n. Especial, p.35-45, 2000.

LACAZ, F.C. *Saúde do Trabalhador: Um estudo sobre formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. 1996. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LACAZ, F.C. Saúde dos Trabalhadores: cenários e desafios. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.12, supl.2, p.7-19, 1997.

LACAZ, F.C. O Campo da Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre relações de trabalho. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.757-766, 2007.

LAURELL, A.C. e NORIEGA, M.. Para o Estudo de Saúde na sua Relação com o Processo de Produção. In:_____. *Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário*. Hucitec, São Paulo. 1989.

MACHADO, J.M.H. Ação transversal intersetorial - entre o racional e o conjuntural. In: Encontro Preparatório para a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, 2005, Brasília.

MACHADO, J.M.H. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*. ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 987-992, 2005.

MENDES, R.I. e DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista da Saúde Pública*. São Paulo, v.25, n.5, p.341-349, 1991.

MINAYO, G.C. e THEDIM-COSTA, S.M.F. A Construção do Campo da Saúde do Trabalhador: percursos e dilemas. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.13, supl.2, p. 21-32, 1997.

ODDONE, I. et al. Conquistas para Modificação do Ambiente de Trabalho. In:_____. *Ambiente de Trabalho: A Luta dos Trabalhadores pela Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.

PAIM, J.S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, S. (org). *Saúde e Democracia: A Luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, p.11-24,1997.

RIBEIRO, S.M.R. Reforma do aparelho do Estado no Brasil: uma comparação entre as propostas dos anos 60 e 90. In: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. Lisboa, 2002.

ROSEN, G. A saúde e o bem-estar do trabalhador industrial. In:_____. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, p. 302-352, 1994.

TAMBELLINI, A.T. Avanços na formulação de uma Política Nacional de Saúde no Brasil: As atividades subordinadas à área das relações produção e saúde. In: I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Brasília, 1986.

VASCONCELLOS, L.C.F. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado*. 2007. 422f. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

VASCONCELLOS, L.C.F. e OLIVEIRA, M.H.B. Direitos Humanos e Saúde no Trabalho. *Saúde e direitos humanos*. Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (NEDH). Ano 4, n.4. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 113-134, 2008.

VASCONCELLOS, L.C.F. e OLIVEIRA, M.H.B. As Políticas Públicas Brasileiras de Saúde do Trabalhador: Tempos de Avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.24, n.55, p. 92-103, 2000.

ANEXOS

ANEXO I

Modelo de Sistema Integral de Saúde do Trabalhador – SIST – dentro de uma instituição pública¹:

1. Articulação e a integração das ações de assistência desenvolvidas pelos planos de saúde com as ações de Vigilância desenvolvidas pelos serviços especializados em saúde do trabalhador geridos pela administração pública.
2. A universalidade das ações abrangendo a totalidade dos trabalhadores de uma unidade ou setor de referência administrativa, buscando romper com múltiplos padrões, segundo estratos definidos pelos tipos de contrato.
3. A definição da responsabilidade social do empregador ao realizar programas de promoção de saúde como parte integrante do SUS.
4. A transição de um modelo com características centradas em ações assistenciais, com mecanismos de gestão voltados a critérios gerenciais para um modelo participativo e emancipador com critérios de qualidade voltados aos conteúdos de ações.
5. A construção de metodologias fundamentadas em um processo de educação permanente participativo centrado na simetria das relações marcadas por valores éticos e democráticos.
6. Considerar a discussão permanente do trabalho como objeto central para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e de reflexão sobre a redução de situações.
7. Instituir formas de gestão participativa com controle social sistemático e permanente com processos de tomada de decisão compartilhados enfatizando a diferença do controle social de serviços de saúde em geral da participação dos trabalhadores na saúde do trabalhador como elemento da sua própria natureza.
8. Debater e produzir diferentes formas de difusão de informações visando à comunicação e a gestão fundamentada em avaliações técnicas para adequações permanentes e sistemáticas do modelo.

¹Modelo desenvolvido pela Coordenação de Saúde do Trabalhador - CST/Fiocruz, debatido e apresentado, em 2006, pelo Prof. Dr. Jorge Huet Machado e colaboradores no XI Congresso Mundial de Saúde Pública/VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. (Machado e Al., 2006)

ANEXO II
I ENCONTRO NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO
FEDERAL
RELATÓRIO FINAL – disponível no Portal do SIASS
Brasília, 28 a 31 de outubro de 2008

Promoção: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP
Secretaria de Recursos Humanos – SRH – MP

Patrocínio: Petrobrás – Capesesp – CASU – GEAP - UNIDAS

Comissão Organizadora: Coordenação –Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor –
COGSS - Assessoria de Comunicação - ASCOM

Local: Hotel Nacional - Período: 28 a 31 de outubro de 2008

INTRODUÇÃO:

O evento contou com a participação de 583 servidores públicos federais inscritos: de Universidades Federais, Fundações, Ministérios, Institutos, Agências reguladoras, Escolas Técnicas Federais, Secretarias, Departamento de Polícia Federal e Rodoviária Federal - Ministério da Justiça, enfim, órgãos de vários Estados e do Distrito Federal. Todas as palestras aconteceram conforme a programação inicial.

PROGRAMAÇÃO:

Abertura

Os trabalhos foram abertos pelo Secretário Executivo do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o senhor João Bernardo de Azevedo Bringel, na qualidade de representante do senhor ministro, o senhor Paulo Bernardo Silva, pelo Secretário de Recursos Humanos, Duvanier de Paiva Ferreira e pela Secretária de Orçamento e Finanças, Célia Correa.

Em seguida aos pronunciamentos da abertura oficial, foi dada a palavra à palestrante Olgária Matos, professora titular da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, que proferiu a palestra inaugural Performance e Trabalho: o ser sem o tempo.

Palestras

Ao longo do evento foram ministradas três palestras com os temas:

- Relação entre trabalho e saúde: como interpretar, proferida pelo professor Bruno Maggi, da Faculdade de Economia da Universidade de Bolonha – Itália;
- História Vital do Trabalho(HVT): dispositivo de intervenção psicossocial no campo da saúde mental dos trabalhadores, proferida pela professora Dulce Suaya, da Universidade de Buenos Aires – UBA – Argentina;
- Desafios da Gestão Pública, por Francisco Gaetani, Secretário Executivo Adjunto do Ministério do Planejamento.

Mesas Redondas

No decurso da programação, foram realizadas duas mesas redondas para debater os seguintes temas:

- Reflexões sobre a violência e assédio moral no mundo do trabalho, com a participação dos debatedores Roberto Heloani, professor titular da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Margarida Barreto, pesquisadora associada do núcleo de estudos – NEXIN/PUC/SP e Seiji Uchida, professor da Fundação Getúlio Vargas – FGV ;
- O trabalho do servidor: o servidor trabalha, cujos debatedores foram a professora Ada Ávila, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, e os professores Herval Pina Ribeiro, da Universidade Federal de São Paulo e Francisco Lima da Universidade Federal de Minas Gerais.

Palestras Temáticas

No período da tarde foram realizadas palestras temáticas que propiciaram troca de experiências e a análise crítica de práticas e desempenhos:

Saúde Mental e Trabalho – Gilca Starling Diniz, da Universidade Federal de Uberlândia, Maria Goretti Mendonça da Prefeitura de São Paulo e Maria Júlia Pantoja, da Universidade de Brasília.

Avaliação da capacidade laborativa: concepções e desafios - René Mendes, professor Titular da Faculdade de Medicina da UFMG; Vera Regina Pasquali Peixoto, do Ministério da Saúde, e Samara Douets Vasconcelos, da Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor – COGSS/MP.

Qualidade de vida no trabalho – experiências no serviço público - Mário César Ferreira, da Universidade de Brasília; Jackson Nunes de Oliveira do CNPQ e Fabiana Abrahão da Petrobrás.

Adicionais ocupacionais promovem melhorias nos ambientes de trabalho - Hamilton Góes, do Ministério da Saúde; José Carlos do Carmo, da Superintendência do Trabalho e Emprego de São Paulo; Fernando Moraes Santos, do Fórum C&T e Rolando Rubens Malvasio Júnior, da Fasubra.

Controle social e as organizações por local de trabalho - Cecília Santos, do Instituto Nacional do Câncer, Maria Aparecida do Amaral Godoi Faria da CNTSS/CUT e Admilson Machado Ramos, do CEREST/PE.

OFICINAS

As oficinas foram espaços constituídos para o debate do documento da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (em anexo). O documento servirá como documento de referência para a Pré-Conferência de Recursos Humanos, que acontecerá no primeiro semestre de 2009.

As oficinas foram franqueadas a todos os 580 participantes do evento e organizadas com os seguintes momentos:

- Apresentação do documento básico realizado em plenário;
- Trabalho em sete grupos, divididos em 56 subgrupos para identificar avanços gerais da proposta, seus pontos fortes e fracos, levantamento dos principais desafios e apresentação de sugestões por parte dos participantes;
- Elaboração do relatório por parte de cada subgrupo;
- Apresentação em Plenária dos relatórios dos sete grupos e,
- Consolidação, em relatório síntese, dos principais pontos fortes, fracos, desafios e sugestões dos participantes do Encontro Nacional.

Como resultado dos trabalhos das oficinas foram levantados os pontos fortes e fracos da política, além dos desafios e sugestões, conforme descritos abaixo:

Pontos Fortes

- Ter uma política única para Atenção à Saúde do Servidor Público;
- Criar sistema de informação unificado que possibilita a sistematização de dados e geração de informações para a construção do perfil epidemiológico do servidor;
- Ter uma proposta de trabalho transdisciplinar que integra equipes multiprofissionais;
- Normatizar e uniformizar critérios, procedimentos e protocolos para ações de atenção à saúde do servidor, respeitando as especificidades dos diversos processos de trabalho;
- Dar enfoque especial à saúde mental;
- Retomar a discussão e criar uma política de atenção à saúde do servidor que prevê integração das atividades de perícia médica, assistência à saúde, promoção e vigilância;
- Ter normatizado o benefício da saúde suplementar;
- Igualar o valor per capita da assistência à saúde, concedendo o benefício de custeio para o plano de saúde com equidade;
- Universalizar a oferta de uma política de saúde única para todos os servidores;
- Organizar unidades para acolhimento das demandas dos servidores; inserir a dimensão participativa na elaboração da política;
- Construir coletivamente a política, integrada com outros órgãos e oportunizando discussão;
- Valorizar o servidor como trabalhador, com melhoria da sua qualidade de vida;
- Retirar a perícia médica do isolamento homologatório e inseri-la em uma análise técnica e humanitária, proporcionada pela informatização do sistema e integração com as demais ações;
- Considerar os riscos ambientais;
- Garantir, por meio de alterações na legislação, a implementação da política;

- Incluir as despesas relacionadas à atenção à saúde do servidor no orçamento da União, garantindo os recursos orçamentários e financeiros e,
- Propor a criação de comissões de saúde e segurança do trabalhador por locais de trabalho.

Pontos Fracos

- Inexistência de um instrumento legal para operacionalização do SIASS – Decreto e protocolos para implantação do SIASS;
- Ausência de uma política de incentivo remuneratório que aponte a isonomia salarial para agregar e motivar. Inexistência do quadro de carreira;
- Indefinição metodológica e conseqüente falta de definição da estrutura, dos recursos materiais e financeiros para da implantação do SIASS;
- Indefinição quanto às vinculações dos profissionais que atuarão no SIASS;
- A política não prevê soluções concretas para servidores federais cedidos aos Estados e Municípios;
- Ausência do Conselho Nacional de Saúde e outras entidades no processo de construção do SIASS;
- Insuficiente divulgação da política do SIASS entre os diversos órgãos e servidores;
- Ausência de política e amparo legal para Readaptação Funcional e Reabilitação Profissional;
- Inexistência de plano para execução das ações de promoção e vigilância à saúde. A Política de Atenção à Saúde tem muita ênfase nas ações de perícia e saúde suplementar;
- Falta incluir as aposentadorias especiais na Política de Atenção à Saúde do Servidor;
- Falta uma estratégia mais eficiente para envolver e sensibilizar os gestores, e assim diminuir a resistência quanto a construção do SIASS;
- Falta considerar diferenças regionais no processo de uniformização dos protocolos em escala nacional;
- Falta incluir as assistências psicológica e odontológica nas ações de saúde suplementar;
- Incerteza quanto à continuidade da política e,
- Falta definir uma política de recursos humanos no tocante a qualificação dos profissionais e definição da equipe multidisciplinar do SIASS.

Resultado colocados em Plenária:

Desafios

- Conscientizar, envolver e comprometer os gestores - escalões superiores- para implementarem a Política de Atenção à Saúde do Servidor em seus respectivos órgãos e entidades;
- Capacitar continuamente os integrantes das equipes multiprofissionais;
- Prover as unidades do SIASS com recursos humanos, materiais e infra-estrutura. Redimensionar força de trabalho e infra-estrutura adequada;
- Atender as necessidades dos servidores das regiões mais isoladas contemplando as diversidades regionais e o tamanho do país;
- Superar resistência dos servidores e gestores, quebrando barreiras culturais e corporativas;
- Impedir a redução do padrão de qualidade da assistência médica nos órgãos;
- Garantir o SIASS como política de Estado, consolidando os direitos já adquiridos pelos trabalhadores;
- Operacionalizar exame periódico;
- Garantir recursos orçamentários para a implementação do SIASS;
- Implementar o Siape-Saúde;
- Implantar as organizações por locais de trabalho na Administração Pública Federal;
- Continuidade da opção pelo processo de construção coletiva;
- Criar canal de comunicação efetivo entre os órgãos e servidores que atuam no SIASS;
- Realizar periodicamente encontros regionais, estaduais e municipais com foco na saúde do servidor;

- Diminuir a resistência dos órgãos públicos em disponibilizar seus recursos para o SIASS e,
- Fiscalizar o cumprimento das Normas Regulamentadoras recepcionadas pelo SIASS.

Sugestões

- Criar um programa de educação continuada para os técnicos do SIASS;
- Regular o SIASS imediatamente;
- Realizar Encontros Regionais e um Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor anualmente;
- Propor política salarial específica para os participantes do SIASS. Criar plano de cargos e salários;
- Estabelecer ações de sensibilização junto aos gestores para diminuir as resistências e aumentar a adesão ao SIASS;
- Criar legislação para trato de questões de saúde mental e assédio moral;
- Realizar levantamento da força de trabalho adequada para atender às necessidades do SIASS e organizar concursos públicos para provimento dos cargos identificados;
- Criar manuais e protocolos de procedimentos técnicos;
- Criar colegiado gestor para planejar e avaliar a Política de Atenção à Saúde do Servidor;
- Criar programas nacionais de promoção e prevenção, incluindo as doenças mais incidentes;
- Ter uma política de comunicação com divulgação ampla do SIASS em todos os níveis do poder executivo, envolvendo os servidores;
- Adequar as normas regulamentadoras de saúde e segurança do trabalho para a Administração Pública Federal;
- Definir, aprovar e aplicar regras de aposentadoria especial para os servidores públicos;
- Implantar programas de preparação para a aposentadorias, acompanhamento e valorização do servidor aposentado;
- Mudar a ordem de apresentação das áreas de atenção à saúde no documento de apresentação da política a seguinte: 1º Promoção, 2º Perícia e 3º Assistência e,
- Garantir a privacidade das informações do Siape-Saúde. Legalizar o uso do prontuário eletrônico e preservar o sigilo profissional.

Encerramento

A mesa de encerramento foi composta pela Secretária de Orçamento Federal, Célia Correia, pela Secretária Adjunta da Secretaria de Recursos Humanos, Maria do Socorro Mendes Gomes e pelo Coordenador-Geral de Seguridade Social /SRH/MP, Sérgio Carneiro.

Considerações Finais

As apresentações dos palestrantes estão disponibilizadas no sítio

<https://www1.siapenet.gov.br/saude> da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal será acrescentado com as contribuições do Encontro Nacional.

ANEXO III - ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRIGIDA AO COORDENADOR E À ASSESSORA da Coordenação de Seguridade Social de Benefícios do Servidor - COGSS/SRH/MP.

I – ESTRUTURA DO PROGRAMA DE SAÚDE TRABALHADOR

1. Quando foi criada a Coordenação de Seguridade Social de Benefícios do Servidor?
2. Por que ela foi criada? Houve alguma demanda que gerou sua organização?
3. Quais são as diretrizes do MPOG com relação à Saúde do trabalhador no serviço público? **Ou:** Em suas políticas de RH, aparecem diretrizes com a preocupação sobre a Saúde do Trabalhador?
4. Qual a articulação das políticas e diretrizes do MPOG, em relação à Atenção à Saúde do Trabalhador no serviço público, com a PNSST implementada pelo MS em 2004?
5. Como foi a passagem de SISOSP para SIASS?

III – GESTÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE TRABALHADOR

6. Quem é o responsável na estrutura do MPOG pela Saúde do Trabalhador no serviço público e quais são as suas principais atribuições?
7. Como se articulam as diferentes Coordenações do Departamento de Relações de Trabalho em relação à Atenção Integral da Saúde do Trabalhador nos moldes preconizados pela PNSST?
8. Como o MPOG coordena a Saúde do Trabalhador em relação aos terceirizados e temporários?
9. Existe alguma orientação do MPOG aos órgãos públicos federais sobre este assunto para elaboração dos contratos para terceirização? **OU:** O modelo de gestão dessa política prevê que haja nos contratos, o controle no que tange à Saúde do Trabalhador, para os terceirizados?
10. Existe uma rubrica específica para as ações voltadas para Atenção à Saúde do Trabalhador do serviço público federal?
11. Qual o orçamento destinado a estas ações no último ano? E qual o previsto para o próximo exercício?

IV – AGENDA PRIORITÁRIA

12. Que ações considera mais importantes a serem implantadas pelo SIASS?

V - PRINCIPAIS ENTRAVES

13. Quais os principais problemas para implantação destas ações?

VI – PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES

14. Qual a participação prevista dos órgãos representativos dos trabalhadores na formulação, acompanhamento e controle da construção desse movimento?

VII – COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

15. Existe a previsão de algum sistema de informação para tratamento dos dados registrados sobre a Saúde dos Trabalhadores? Como serão divulgados?
16. Existe algum setor de pesquisas contratadas em curso? Qual? Fale sobre ela. Como serão divulgadas?
17. Existe um sistema de informação sistematizado e aberto para difusão das ações de atenção à saúde do trabalhador e para atendimento ou escuta de suas demandas ?
18. Existe algum veículo de divulgação e comunicação entre os servidores e gestores das instituições sobre a ST?
19. Existe algum sistema de informação para tratamento dos dados registrados sobre a Saúde dos Trabalhadores?

VIII – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DO SIASS

20. Qual o cronograma da Coordenação do SIASS/MP para construção e implementação desse processo a nível nacional?

ROTEIRO DE ENTREVISTAS NAS INSTITUIÇÕES

Caracterização da Instituição:

Dados Gerais da Instituição:

Força de Trabalho -

Distribuição por categorias

Documentos da Instituição: Organograma; Programa de ST; Portarias, Último Relatório.

Avaliação e Método de Avaliação do Programa.

DIRIGIDA AO DIRETOR

I – ESTRUTURA DO PROGRAMA DE SAÚDE TRABALHADOR

5. Como o Sr. vê a política da instituição voltada para a Saúde do Trabalhador?
6. Quais são as diretrizes e perspectivas do Programa de Saúde do Trabalhador?
7. As Diretrizes desse Programa de sua instituição estão condizentes com PNSST?

II – GESTÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE TRABALHADOR

8. Quem define as ações a serem desenvolvidas em ST e em que lugar da estrutura as decisões sobre este assunto são tomadas?
9. Como são financiadas as ações de Saúde do Trabalhador na instituição?
10. Qual seu percentual em relação ao orçamento total da instituição?

III – AGENDA PRIORITÁRIA

11. Que ações considera mais importantes já implantadas pelo Programa?
12. E quem as realiza?

IV - PRINCIPAIS ENTRAVES

13. Quais os principais problemas para implantação das ações?

V – PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES

14. Como o Sr. avalia a participação dos trabalhadores no Prog. Saúde dos Trabalhadores?

15. Que tipo de reivindicações são mais presentes na pauta?

16. Que ações são mais valorizadas pelos trabalhadores?

17. Existe na história da instituição algum movimento por melhores condições de trabalho ou serviços específicos?

VI – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DO SIASS

18. O sr(a) teve conhecimento sobre as ações da equipe da Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor, vinculado à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, com os órgãos públicos federais no Rio de Janeiro no processo de implementação do Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS ? Está acompanhando esse processo?

19. Comentário

DIRIGIDA AO GERENTE DE RH

I - ESTRUTURA DO PROGRAMA DE SAÚDE TRABALHADOR

1. Existe uma política da instituição voltada para a Saúde do Trabalhador?

2. Quando foi implementado o Programa de Saúde do Trabalhador nesta instituição?

3. A quem ele está vinculado?

Diretor () Setor de RH () Assistência de Saúde ()

4. Origem do Programa: Porque surgiu? Quando foi institucionalizado?

II – GESTÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE TRABALHADOR

5. O Sr.(a) conhece as diretrizes da Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho?

6. As Diretrizes desse Programa estão condizentes com ela?

7. Onde o Sr.(a) se insere na organização e acompanhamento deste Programa?

8. O Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador está dentro das diretrizes de Recursos Humanos?

9. Existe uma interlocução permanente entre os setores de RH?

10. Como é assegurada a assistência à saúde aos trabalhadores da instituição: convênio com seguro saúde; convênio com cooperativas; serviço próprio, SUS ou outros?

11. Este modelo tem se mostrado resolutivo e atendido as demandas dos trabalhadores?

12. Quem define as ações a serem desenvolvidas e em que lugar da estrutura as decisões sobre este assunto são tomadas?

13. A Atenção da Saúde do Trabalhador prevista no Programa abrange todos os trabalhadores que atuam na instituição?

14. Em caso negativo quais os trabalhadores que são beneficiados e por quais programas?

15. De quem é a responsabilidade sobre a saúde dos trabalhadores terceirizados?

16. Como se dá a relação do setor de recursos humanos com as empresas contratadas?

17. Existe uma rubrica específica para as ações voltadas para a promoção, assistência e vigilância à saúde na instituição?

18. Qual o orçamento destinado a estas ações no último ano? Qual seu percentual em relação ao orçamento total da instituição?

III– AGENDA PRIORITÁRIA

19. A instituição já conseguiu implementar todas as ações previstas nesse modelo institucionalizado

20. Que ações considera mais importantes já implantadas pelo Programa?

21. E a perícia médica: quem realiza?

22. Como se articulam ou não se articulam estes diferentes programas na instituição?

23. A que setor ou serviço estas ações estão vinculadas?

IV- PRINCIPAIS ENTRAVES

24. Quais os principais problemas para implantação destas ações?

V – PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES

25. Qual a participação dos órgãos representativos, previsto no Programa, dos trabalhadores no planejamento, formulação, acompanhamento e controle das ações (avaliação) de saúde do trabalhador na instituição?

26. O modelo prevê a participação do trabalhador na processo de gestão desse programa?

27. Há uma representação dos trabalhadores institucionalizada: comitê/comissão?

28. Qual a sua origem?

29. Como ela foi formada? Por indicação? Por eleição? Voluntário?

30. Qual seu espaço de participação na mesa de negociação?

31. Onde as questões de saúde do trabalhador são discutidas pelos mesmos? Em que fórum: reuniões da associação/sindicatos; reuniões do conselho deliberativo da instituição com representação dos trabalhadores ou outros?
32. Como são encaminhadas as reivindicações dos trabalhadores?
33. Que tipo de reivindicações são mais presentes na pauta?
34. Que ações são mais valorizadas pelos trabalhadores?
35. Existe na história da instituição algum movimento por melhores condições de trabalho ou serviços específicos?

VI – COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

36. Existe algum setor de pesquisa ou pesquisas contratadas sobre as condições de saúde, acidentes de trabalho, clima organizacional, em curso ou realizadas nos últimos cinco anos?
37. Como são divulgadas?
38. Existe um sistema de informação sistematizado e aberto para difusão das ações de atenção à saúde do trabalhador e para atendimento ou escuta de suas demandas ?
39. Existe algum veículo de divulgação e comunicação entre os servidores e gestores: periódico, mala direta, reuniões sistemáticas ou outros?
40. Existe algum sistema de informação para tratamento dos dados registrados sobre a Saúde dos Trabalhadores?

VII – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DO SIASS

41. O sr(a) teve conhecimento sobre as ações da equipe da Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor, vinculado à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, com os órgãos públicos federais no Rio de Janeiro no processo de implementação do Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS ? Está acompanhando esse processo?

DIRIGIDA AO CHEFE DE SERVIÇO DE SAÚDE DO TRABALHADOR

I - DADOS BÁSICOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SETOR DE ST:

1. Data da criação do setor saúde:
2. Aspectos da origem e evolução do SST: porque o serviço foi implementado?
3. Estão explícitas nas políticas da instituição relacionadas ao RH, as diretrizes relacionadas ao Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador?
4. As ações do setor estão inseridas dentro das práticas de RH como uma diretriz?
5. Os canais de comunicação entre os setores de RH são permanentes?

II – ESTRUTURA DO PROGRAMA DE SAÚDE TRABALHADOR

6. Existe uma política da instituição, UFRJ, voltada para a Saúde do Trabalhador?
7. Quando foi implementado o Programa de Saúde do Trabalhador nesta instituição?
8. A quem ele está vinculado?
Diretor () Setor de RH () Assistência de Saúde ()
9. Origem do Programa: Porque surgiu? Quando foi institucionalizado?
10. Como o Sr. vê a política da instituição voltada para a Saúde do Trabalhador?
11. As Diretrizes do Programa de ST, de sua instituição, estão condizentes com PNSST?

III – GESTÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE TRABALHADOR

12. Onde o Sr.(a) se insere na organização e acompanhamento deste Programa?
13. A instituição já conseguiu implementar todas as ações previstas nesse modelo institucionalizado? Prevenção e Promoção; Assistência: Vigilância:Perícia Médica:Possui Junta Médica própria?
14. Como se articulam ou não se articulam estas diferentes ações ou programas na instituição?
15. Os programas acima discutidos abrangem todos os trabalhadores que atuam na instituição?
16. Em caso negativo quais os trabalhadores que são beneficiados e por quais programas?
17. De quem é a responsabilidade sobre a saúde dos trabalhadores terceirizados?
18. Como se dá a relação do setor de recursos humanos com as empresas contratadas?
19. Como é assegurada a assistência à saúde aos trabalhadores da instituição?
20. Este modelo tem se mostrado resolutivo e atendido as demandas dos trabalhadores?
21. Quem define as ações a serem desenvolvidas e em que lugar da estrutura as decisões sobre este assunto são tomadas?

IV - PRINCIPAIS ENTRAVES

1. Quais os principais problemas para implantação destas ações?

V – PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES

2. Como você avalia a participação (dos órgãos representativos) dos trabalhadores no Programa, no planejamento, formulação, acompanhamento e controle das ações de saúde do trabalhador na instituição?
3. O Programa prevê a participação do trabalhador no processo de gestão do Programa da instituição?

4. Há uma representação dos trabalhadores institucionalizada: comitê/comissão? Qual a sua origem?
Como ela foi formada? Por indicação? Por eleição? Voluntário?
5. Onde as questões de saúde do trabalhador são discutidas com sua participação? Em que fórum: reuniões do conselho deliberativo da instituição com representação dos trabalhadores; reuniões da associação/sindicatos; ou outros?
6. Como chegam e são encaminhadas as demandas dos trabalhadores?
7. Que tipo de reivindicações são mais presentes na pauta?
8. Que ações são mais valorizadas pelos trabalhadores?
9. Existe na história da instituição algum movimento por melhores condições de trabalho ou serviços específicos?

VI – COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

10. Existe alguma avaliação sobre as condições de saúde, acidentes de trabalho, realizada nos últimos cinco anos? Foi divulgada?
11. Existe um sistema de informação sistematizado e aberto para difusão das ações de atenção à saúde do trabalhador e para atendimento ou escuta de suas demandas ?
12. Existe algum veículo de divulgação e comunicação entre os servidores e gestores: periódico, mala direta, reuniões sistemáticas ou outros?
13. Existe algum sistema de informação para tratamento dos dados registrados sobre a Saúde dos Trabalhadores?

VII – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DO SIASS

14. De acordo com o seu acompanhamento do processo desde a sua origem, poderia falar pouco sobre a passagem de SISOSP para SIASS?
15. De que maneira as ações do Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS com vistas à implementação e coordenação nacional da Política de Atenção à Saúde do Trabalhador, poderão contribuir para melhoria do Programa de sua instituição UFRJ?
16. Comentários

ENTREVISTA DIRIGIDA AO REPRESENTANTE DOS TRABALHADORES JUNTO À INSTITUIÇÃO

I – DADOS BÁSICOS DE ASSOCIAÇÃO

1. Data da instituição legal do grupo:
2. Aspectos da origem e evolução do grupo de representação (grau de legitimação)
3. Está explícito nas políticas da instituição a participação do grupo representativo espaços de mesa de negociação?
4. Qual o número de associados? Está restrito ao servidor?

II – RELAÇÃO DE GESTÃO PARTICIPATIVA INSTITUCIONAL

7. Qual o primeiro e mais freqüente interlocutor do grupo na instituição?
8. Com que freqüência se reúne?
9. Existe um canal de comunicação com o setor de Atenção à Saúde do Trabalhador?
10. Existe um canal de informação bilateral entre trabalhadores e o grupo de representação onde possam ser divulgadas as demandas e os resultados de negociação?

III – PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES

11. Quando foi implementado o Programa de Saúde do Trabalhador nesta instituição?
12. O Sr.(a) conhece as diretrizes da Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho?
13. As Diretrizes desse Programa estão condizentes com ela?
14. Onde o Sr.(a) se insere na organização e acompanhamento deste Programa?
15. Você vê a realização destas ações condizentes com os princípios da Política Nacional de Saúde do Trabalhador - integralidade, universalidade – com um olhar voltado para os processos de trabalho realizados?
16. Quais os principais problemas para implantação destas ações?
17. Este modelo tem se mostrado resolutivo e atendido as demandas dos trabalhadores?
18. Quem define as ações a serem desenvolvidas e em que lugar da estrutura as decisões sobre este assunto são tomadas?
19. Existe uma rubrica específica para as ações voltadas para a promoção, assistência e vigilância à saúde na instituição?
20. Qual a participação dos órgãos representativos, previsto no Programa, dos trabalhadores no planejamento, formulação, acompanhamento e controle das ações (avaliação) de saúde do trabalhador na instituição?
21. O modelo prevê a participação do trabalhador no processo de gestão desse programa?
22. Há uma representação dos trabalhadores institucionalizada: comitê/comissão? Qual a sua origem?
23. Como ela foi formada? Por indicação? Por eleição? Voluntário?
24. Qual seu espaço de participação na mesa de negociação?
25. Onde as questões de saúde do trabalhador são discutidas pelos mesmos? Em que fórum: reuniões da associação/sindicatos; reuniões do conselho deliberativo da instituição com representação dos trabalhadores ou outros?
26. Como são encaminhadas as reivindicações dos trabalhadores?
27. Que tipo de reivindicações são mais presentes na pauta?

28. Que ações são mais valorizadas pelos trabalhadores?
29. Existe na história da instituição algum movimento por melhores condições de trabalho ou serviços específicos?
30. Qual o percentual do orçamento destinado as ações de saúde no último ano?

IV – COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

31. Existe algum setor de pesquisa ou pesquisas contratadas sobre as condições de saúde, acidentes de trabalho, clima organizacional, em curso ou realizadas nos últimos cinco anos?
32. Como são divulgadas?
33. Existe um sistema de informação sistematizado e aberto para difusão das ações de atenção à saúde do trabalhador e para atendimento ou escuta de suas demandas ?
34. Existe algum veículo de divulgação e comunicação entre os servidores e gestores: periódico, mala direta, reuniões sistemáticas ou outros?
35. Existe algum sistema de informação para tratamento dos dados registrados sobre a Saúde dos Trabalhadores?

V – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DO SIASS

36. O sr(a) teve conhecimento sobre as ações da equipe da Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor, vinculado à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, com os órgãos públicos federais no Rio de Janeiro no processo de implementação do Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS ? Está acompanhando esse processo?
37. O grupo tem acompanhado as ações do Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS com vistas à implementação e coordenação nacional da Política de Atenção à Saúde do Trabalhador no Rio de Janeiro?
38. De que maneira as ações do Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS com vistas à implementação e coordenação nacional da Política de Atenção à Saúde do Trabalhador, poderão contribuir para melhoria do Programa de sua instituição?

VI – RESULTADOS

39. Existe uma análise no processo de gestão interna do grupo (Comitê, Comissão ou Sindicato) , momentos de avaliação dos resultados obtidos?

PERGUNTA ACRESCENTADA AO FINAL DE CADA ENTREVISTA

– IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome Completo:

Cargo:

Ramo de inserção ocupacional principal anterior ao cargo atual:

Quanto tempo no cargo atual:

ANEXO IV - DIRETRIZES SIASS RJ – GT VIGILÂNCIA

O documento que agora apresentamos é o resultado de discussões mais aprofundadas do Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde do SIASS-RJ, após os resultados obtidos na I Oficina de Promoção e Vigilância em Saúde do SIASS no Rio de Janeiro.

Naquela ocasião, maio de 2008, seis grupos temáticos deram origem às diretrizes gerais para a proposição de uma Política Nacional de Saúde do Servidor Público Federal, a saber:

- ORGANIZAÇÃO
- CAPACITAÇÃO
- SISTEMA DE INFORMAÇÃO
- REGULAMENTAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
- COMUNICAÇÃO

PROPOSTAS DE DIRETRIZES SIASS RJ – GT VIGILÂNCIA para ESTABELEECER UMA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL

1 – ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL – SIASS

1.1 – Garantir o estabelecimento de Unidades de Referência Integrada nas áreas de Vigilância em Saúde, Promoção em Saúde e Perícia em Saúde.

- 1.1.1 As Unidades de Referência terão atribuições de coordenação, planejamento, emissão de diretrizes, assessoramento técnico, treinamento às Equipes SIASS Multidisciplinares e execução de ações, esta última em caráter excepcional para as áreas de vigilância e promoção;
- 1.1.2 As Equipes Multidisciplinares de Perícia em Saúde atuarão exclusivamente nesta atividade.
- 1.1.3 As Equipes SIASS Multidisciplinares fixas nas Instituições realizarão as ações de Vigilância e Promoção em Saúde.
- 1.1.4 Deverão existir Equipes SIASS Multidisciplinares Itinerantes para as ações de Vigilância e Promoção, onde não existir Equipe Multidisciplinar Fixa e em caráter excepcional.
- 1.1.5 As Equipes deverão sempre ser compostas por servidores públicos estatutários, administrativamente ligadas à gestão máxima da Instituição Federal (na forma de assessoria e/ ou gestão – gerências), e tecnicamente atendendo às diretrizes emanadas pelas Unidades de Referência e Coordenação do SIASS Estadual e Nacional.

- 1.2 - Criação de Plano de Carreira Específico dos Profissionais de Saúde do Trabalhador do SIASS, com o objetivo de isonomia de remuneração, considerando a escolaridade e titulação;
- 1.3 - Garantia De Recursos Financeiros para Execução de todas as Ações SIASS;
- 1.4 - Determinar prazo mínimo que garanta a realização de Exame de Saúde Admissional detalhado com alocação adequada dos novos servidores e estratégia para as inaptidões temporárias. Garantir a inclusão de avaliação psíquica específica.
- 1.5 – Regular o estágio probatório em relação às restrições definitivas de saúde com Alteração do RJU.
- 1.6 – Realizar FÓRUM DO SIASS, com a participação dos servidores através de delegados eleitos para este fim, de 3 em 3 anos.
- 1.7 - Garantir a participação dos servidores em todas as ações de Vigilância e Promoção em Saúde do Trabalhador.
- 1.8 - Os contratos de terceirização deverão incluir a obrigatoriedade do cumprimento da legislação de VST pertinente e a previsão da participação da Equipe de Vigilância do SIASS no assessoramento ao fiscal do contrato.

2 – CAPACITAÇÃO

- 2.1 – PERMANENTE. (Formação, Qualificação e Atualização das Equipes Multiprofissionais; estímulo à Pós-Graduação).

3 – REGULAMENTAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

- 3.1 – Criar Regulamentação específica para o Serviço Público Federal (Parametrização, inclusão de antecipação de Riscos, inclusão de Avaliação Psicológica e Social nos Exames de Saúde, obrigatoriedade de realização de Exames Periódicos, Etc);
- 3.2 – Estabelecer critérios para a Aposentadoria Especial;
- 3.3 - Criar Grupos Permanentes de Trabalho de Vigilância e de Promoção para revisão periódica de indicadores, de instrumentos, de ações e acolhida de demandas;
- 3.4 - Definir a participação organizada dos trabalhadores – Comissões Internas de Saúde do Servidor – CISS;
- 3.5 - Definir Equipes Mínimas SIASS de Vigilância:
 - 3.5.1 A primeira proposição de Equipe mínima é:
Engenheiro de Segurança do Trabalho,
Técnico de Segurança do Trabalho,
Médico do Trabalho,
Enfermeiro do Trabalho,

Psicólogo (com especialização e/ou experiência de trabalho na área de Saúde do Trabalhador),
Assistente Social (com especialização e/ou experiência de trabalho na área de Saúde do Trabalhador).

Desejável que estes profissionais tenham formação e /ou especialização em Ergonomia, Saúde Pública e principalmente em Saúde do Trabalhador.

4 – SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Desenvolvimento do Módulo de Vigilância e Promoção com participação efetiva dos profissionais de Vigilância e de Promoção na sua elaboração.

5 - AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – SIASS

5.1 - Garantir a execução das ações definidas na regulamentação e de acordo com os relatórios obtidos do SISTEMA DE INFORMAÇÃO SIAPE-SAÚDE;

5.2 - Garantir a abrangência de ações para todos os trabalhadores das instituições, independentemente do vínculo institucional (excetuando os trabalhadores das empresas prestadoras de serviços);

5.3 – Ações exclusivamente realizadas por profissionais das equipes SIASS e/ou de órgãos públicos conveniados;

5.4 - Implementar processo sistematizado de “Readaptação” / Restrições Laborativas / Regime de Trabalho Protegido para o servidor.

6 – COMUNICAÇÃO

Criar um Centro de Disseminação de Informações em Saúde do Servidor (dados estatísticos, portarias, normas, procedimentos, laudos, jurisprudências, etc).

ANEXO V - PROPOSTA DE DIRETRIZES E IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA ESTABELECEMOS UMA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL

GT PROMOÇÃO - SIASS RJ - Agosto de 2008

1- DIRETRIZES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

1.1- ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE:

- Instituir Coordenação de Promoção à Saúde do SIASS/RJ;
- Formular, coordenar e implantar as ações de Promoção da Saúde do servidor público federal no Rio de Janeiro com base nas discussões dos fóruns, obedecendo aos critérios de quantitativo de servidores, a diversidade das características populacionais, os riscos ambientais e de processos de trabalho e ainda o perfil epidemiológico.
- Manter nas Unidades as ações individuais já existentes;
- Considerar de forma prioritária a incorporação dos aspectos da saúde do trabalhador em todos os programas e atividades de saúde, seja de promoção, prevenção, atenção e reabilitação;
- Elaborar e dispor regulamentação e instrumentos de gestão, necessários para a operacionalização das ações destinadas à Promoção da Saúde do Trabalhador;
- A Equipe Mínima de Promoção para a Unidade de Referência, tomando como parâmetro a NR4 e considerando a necessidade de sua adequação ao serviço público federal deverá ser composta por:
 - Médico do trabalho;
 - Enfermeiro do trabalho;
 - Técnico de enfermagem do trabalho;
 - Profissional de nível médio, com capacitação em saúde do trabalhador (auxiliar de enfermagem, técnico de segurança do trabalho, auxiliar administrativo e outros);
 - Profissional de nível superior, com formação em saúde do trabalhador (sanitaristas, engenheiro de segurança do trabalho, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, odontólogos, nutricionistas, fisioterapeuta, sociólogo, biólogo, terapeuta ocupacional e outros).
- Os profissionais que compõem as Equipes de Promoção à Saúde serão vinculados tecnicamente à Coordenação de Promoção à Saúde, não podendo fazer parte de nenhuma outra equipe do SIASS;

1.2- INFORMAÇÃO

- Realizar sistematicamente, ações de Promoção e Vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo o levantamento e análise de informações, a inspeção sanitária nos locais de trabalho, a identificação e avaliação de situações de risco, a elaboração de relatórios, a aplicação de procedimentos administrativos e a investigação epidemiológica;
- Sistematizar dados gerados no atendimento aos agravos à saúde relacionados ao trabalho, de modo que se possam orientar intervenções de forma integrada e articulada com as ações de perícia e vigilância em saúde;
- Aprimorar o sistema de informação, integrando dados dos setores de saúde, ambiente e trabalho entre outros, considerando as iniciativas já existentes.

1.3- EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR:

- Promover ações de sensibilização dos profissionais de saúde, gestores e demais trabalhadores das Instituições Públicas Federais;
- Promover capacitação através de programas, cursos e projetos na área de saúde do trabalhador, para servidores, representações dos trabalhadores, componentes das Comissões de Saúde e técnicos da área;

1.4- CONTROLE SOCIAL

- Garantir o controle social, reconhecendo o direito de participação dos trabalhadores e suas entidades representativas em todas as etapas do processo de atenção à saúde, desde o planejamento e estabelecimento de prioridades, o controle permanente da aplicação dos recursos, a participação nas atividades de Promoção e Vigilância em saúde, até a avaliação das ações realizadas.
- Criação de um fórum regional permanente em saúde do trabalhador e um fórum nacional de promoção em saúde do trabalhador de dois em dois anos.
- Criação de canais de escuta dos trabalhadores com objetivo de que ocorra a participação dos mesmos no processo de construção de atividades que visam à promoção da saúde;
- Inserir na discussão da política salarial do servidor a participação do SIASS, objetivando contemplar as necessidades dos servidores quanto aos cuidados com a saúde, lazer, transporte, habitação, educação etc., para si e para sua família.

2 - PROPOSTA PARA A IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SIASS

2.1 - IMPLANTAÇÃO:

A implantação do programa de Ações em Promoção da Saúde do Servidor será efetivada levando-se em consideração os seguintes critérios:

- Territorialidade;
- População a ser atendida;
- Perfil da população;
- Ações existentes nas instituições ou territórios;
- Demanda gerada pelas ações;
- Avaliação das ações;
- Unificação de ações existentes;
- Priorização das ações, considerando-se a demanda;
- Elaboração de critérios para determinar a avaliação e efetividade da ação;
- Definição de infra-estrutura necessária.
- Vocação de cada instituição para determinada ação
- Espaço físico adequado

2.2 - TERRITÓRIO:

O estabelecimento de atuação das URPS (Unidades de Referência de Promoção da Saúde) nos territórios será elaborado por ocasião da implantação e/ou implementação de ações de promoção da saúde, com a perspectiva voltada para o quantitativo de público alvo a ser atingido e de profissionais de saúde necessários ao desenvolvimento do trabalho, considerando-se, porém, a característica geográfica e de serviços presentes no espaço, como transporte público, tempo de deslocamento, segurança e outros e, ainda, os aspectos construtivos do imóvel, garantindo a plena acessibilidade aos portadores de necessidades especiais.

2.3 - AÇÕES:

As ações deverão ser desenvolvidas conforme o estabelecido nos itens 6.3 e 6.4, desse documento.

A implantação e/ou implementação de ações em determinada instituição se dará após articulação entre a mesma e a coordenação do SIASS/RJ observando os aspectos de transversalidade.

Considerando as especificidades dos processos de trabalho, as ações deverão ser desenvolvidas prioritariamente nos locais de trabalho, buscando inclusive, a efetividade das mesmas.

2.4 - RECURSOS HUMANOS:

Os profissionais de saúde envolvidos nas ações de promoção atuarão, preferencialmente, em seu órgão de lotação ou território. Poderá haver deslocamento do profissional, sempre que houver necessidade de compor equipe, considerando-se sempre sua formação, conhecimento e experiência em determinada ação.

2.5 - CAPACITAÇÃO:

Os profissionais integrantes do SIASS passarão por uma capacitação preliminar em Saúde do Trabalhador, visando o nivelamento de conhecimento baseado na Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.

É necessário, ainda, o fomento de um Programa de Capacitação Permanente objetivando o desenvolvimento de competências e troca de experiência das diversas ações de promoção da saúde do trabalhador, além de constituir uma rede de comunicação.

2.6 - COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO:

Entre os aspectos essenciais ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde está o de comunicação por intermédio de estratégias e instrumentos que se destinem à informação, educação e comunicação, para tanto, propomos a imediata criação de um site na Internet para o SIASS/RJ de forma a dar visibilidade a discussões dos diversos GT's no Estado do Rio de Janeiro, agregando funcionalidades que o permita ser um canal de comunicação permanente com a COGSS/SRP/MP e com os GT's das demais Unidades da Federação onde o SIASS esteja sendo discutido e venha ser implantado.

Esse instrumento em um segundo momento, deverá alcançar a totalidade dos servidores e entidades sindicais de forma a disseminar as diretrizes e ações propostas pelo SIASS e, em seguida, fomentar a difusão de informação de tal modo que desperte o interesse pela mudança de hábitos e estimule práticas saudáveis de saúde, melhorando suas condições de vida e trabalho.

A disseminação de informações deve ser feita, também, por meio de material informativo impresso e que veicule as mesmas informações do informativo eletrônico, no formato de Jornal com periodicidade mensal.

Instrumentos impressos como cartazes e folder, a promoção de eventos como seminários, simpósios, caixas de comunicação, etc. devem ser utilizados.

A comunicação quanto à situação de saúde e condições de riscos no ambiente de trabalho é preponderante e necessária a ações de promoção da saúde.

2.7 - RECURSOS FINANCEIROS:

Para a implantação e implementação das ações referentes à promoção em saúde será alocado recurso financeiro do orçamento do Ministério do Planejamento previsto para o custeio das atividades do SIASS e/ou do orçamento dos órgãos do SIPEC.

ANEXO VI - Comissão Interna de Saúde do Servidor – CISS - PROPOSTA SIASS RJ.

1. Justificativa

Considerando a implantação do Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS, e a alínea h do artigo 185 da Lei 8112/90, que prevê a garantia de condições individuais e ambientais de trabalho satisfatórias propomos a criação das Comissões Internas de Saúde do Servidor (CISS) como uma das estratégias para contribuir na construção de uma gestão coletiva do trabalho.

A criação da CISS visa garantir a saúde dos servidores públicos civis da união, entendendo saúde como um conjunto complexo de fatores políticos, sócio-econômicos e ambientais, que atuam direta ou indiretamente sobre o bem estar dos indivíduos.

2. Dos objetivos

A CISS tem como objetivos:

- Organizar e desenvolver ações voltadas à promoção da saúde e humanização do trabalho. Em especial, a melhoria das condições de trabalho, prevenção de acidentes, de agravos à saúde e de doenças relacionadas ao trabalho.
- Implementar atividades que desenvolvam atitudes de co-responsabilidade no gerenciamento da segurança e da saúde, desta forma contribuindo para melhoria das relações e do processo de trabalho.
- Valorizar a participação dos trabalhadores enquanto protagonistas e detentores de conhecimento do processo de trabalho, na perspectiva de agentes transformadores da realidade.

3. Da constituição

Todos os órgãos que compõem a Administração Pública Federal, Autárquica, Fundacional e Agências Reguladoras, com pessoal regido pela Lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990, com o número superior a 50 (cinquenta) servidores deverão organizar e manter em funcionamento Comissões Internas de Saúde do Servidor – CISS.

O número de CISS de cada órgão será definido de acordo com a sua realidade, considerando, dentre outros, a sua distribuição logística e territorial.

Os órgãos que possuem em um mesmo município duas ou mais CISS deverão promover a efetiva articulação das comissões, com o objetivo de harmonizar as políticas de segurança e saúde do trabalhador.

As atividades da CISS serão complementares e desenvolvidas em conjunto com as equipes do SIASS da instituição ou de sua Unidade de Referência.

4. Da composição

A CISS será composta por representantes dos trabalhadores, por eles eleitos, independentemente do tipo de vínculo de trabalho com a administração pública federal, sendo que pelo menos 60% dos membros da CISS deverão ser servidores públicos em efetivo exercício.

Não poderão se candidatar servidores em estágio probatório, assim como os trabalhadores regidos pela CLT em período de experiência.

O número de membros titulares que deverá compor a CISS será determinado pela proporção de 01 (um) membro para cada 30 (trinta) trabalhadores, sendo que no mínimo 3 (três) e no máximo 21 (vinte e um).

O número de suplentes corresponderá a no máximo 50% do número de titulares.

A CISS deverá observar em sua composição a representação da maior parte dos setores que compõem a unidade, principalmente aqueles que oferecem maior risco.

5. Da duração do mandato

- O mandato dos membros terá duração de 02 (dois) anos, com direito a uma reeleição, somente para os titulares.

6. Das garantias para o exercício do mandato

Os titulares da representação dos servidores da CISS, com exceção dos que exercem cargo de livre provimento em comissão, não poderão ser transferidos de setor ou exonerados, desde o registro de suas candidaturas até os 06 (seis) meses seguintes ao término do mesmo.

Esta vedação não abrange o servidor que cometer falta grave, devidamente apurada em procedimento disciplinar que resulte na aplicação das penas de demissão ou dispensa, bem como os casos de transferência de setor, de exoneração ou dispensa, por interesse do próprio servidor e, ainda, os trabalhadores contratados por prazo determinado, cujo término do contrato ocorra durante a vigência do mandato.

7. Do processo eleitoral

Os representantes serão eleitos em escrutínio secreto, em votação por lista nominal, sendo vedada a formação de chapas.

É ilimitado o número de inscrições de candidatos para a representação dos servidores.

Em caso de empate, assumirá o trabalhador que tiver mais tempo de serviço na administração pública federal. Permanecendo a situação, o desempate favorecerá aquele que trabalhar em setor ainda não representado pelos membros já eleitos e se, ainda assim, continuar o empate assumirá o mais idoso.

O prazo para as inscrições de candidatos deve se estender até 10 (dez) dias antes da votação.

O processo eleitoral deverá prever período de transição de 15 dias, após a divulgação dos resultados das eleições, para que os novos membros tomem conhecimento das atividades desenvolvidas no atual mandato e de suas funções, antes da data da posse.

As eleições devem ser convocadas em até 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato da CISS em vigor. A eleição deve ser organizada pela CISS cujo mandato esteja findando ou por comissão eleitoral designada pela direção da unidade.

Ao término do processo, o presidente da comissão eleitoral terá o prazo máximo de 10 (dez) dias para encaminhar ata de eleição e de posse dos membros eleitos à equipe local do SIASS ou a sua Unidade de Referência.

As denúncias sobre irregularidades no processo eleitoral deverão ser protocoladas na respectiva unidade de referência do SIASS até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CISS. Em caso de anulação da eleição a direção da unidade convocará nova eleição no prazo de 05 (cinco) dias corridos, a contar da data da ciência da anulação, garantidas as inscrições anteriores.

Quando a anulação ocorrer antes da posse dos novos membros, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior até a complementação do processo eleitoral.

8. Dos cargos

Os cargos de Presidente, Vice-Presidente e Secretário serão escolhidos pelos membros da CISS, sendo que as indicações poderão ser revistas quando os mesmos não estiverem correspondendo aos interesses da CISS.

9. Das penalidades

Três faltas consecutivas e injustificadas, ou cinco alternadas, ou a recusa de comparecimento às reuniões da CISS acarretará a perda do mandato, sendo que, nesta hipótese, será convidado para assumir o candidato suplente mais votado.

10. Do funcionamento da CISS

Todos os membros da CISS deverão ser capacitados pela unidade de Referência do SIASS, devendo a chefia imediata dos membros titulares e suplentes liberá-los para tal.

A CISS terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário estabelecido ou a qualquer momento, em caráter extraordinário, mediante convocação do presidente ou de 40% dos seus membros.

Deverão ser realizadas reuniões extraordinárias quando houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine a aplicação de medidas corretivas de emergência ou ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal.

Na primeira reunião após a posse a comissão deverá elaborar o calendário anual das reuniões, bem como iniciar a discussão do plano de trabalho a ser realizado.

A CISS deverá apresentar o plano de trabalho anual para equipe SIASS da instituição no prazo de 30 dias, a contar da data da primeira reunião.

Todas as reuniões deverão ser registradas em ata.

É de responsabilidade da unidade, a qual está vinculada a CISS, provê-la dos recursos necessários ao seu funcionamento, tais como, local para realização das reuniões dos membros, insumos, equipamentos e mobiliário necessário à elaboração e guarda de documentos.

Em regra, as reuniões da CISS serão abertas a todos os trabalhadores.

A CISS poderá convidar trabalhadores ou especialistas para participarem de qualquer reunião.

10.1 Da divulgação das atividades

Semestralmente, deverá ser divulgado relatório de suas atividades a todos os trabalhadores da unidade, por meio eletrônico e/ou de material escrito.

10.2 Jornada de trabalho para a CISS

Os membros da CISS serão liberados de suas atividades de rotina por 16 horas mensais para trabalhos exclusivos da Comissão, distribuídas conforme as atividades previstas no plano de trabalho e de comum acordo com a chefia imediata.

11. Das responsabilidades e atribuições

I – Instituir instrumentos que permitam o debate dos problemas relacionados à saúde nos locais de trabalho, de modo a estimular e garantir a participação efetiva de todos os interessados;

II - realizar inspeções nos ambientes de trabalho, visando à detecção de riscos ocupacionais e a confecção /atualização de mapa de riscos;

III – levantar as situações de trabalho potencialmente nocivas à saúde e ao bem-estar dos trabalhadores, propondo medidas preventivas ou corretivas para minimizar os riscos existentes;

IV - investigar as causas e conseqüências dos acidentes e acompanhar a investigação das doenças associadas ao trabalho, desde que haja concordância do servidor acometido;

V – compilar e analisar dados, propondo medidas, em conjunto com os trabalhadores e equipes SIASS, para melhorar as condições de trabalho e que deverão ser encaminhadas à Direção da unidade. As modificações acordadas deverão constar de Termo de Compromisso de Mudanças, assinado pela Direção da unidade, pela CISS e por representante do SIASS, onde será acordado o prazo para a implementação das devidas modificações;

VI - acompanhar a execução das medidas corretivas até a sua total implementação;

VII - discutir todos os acidentes ocorridos no mês, visando cumprir o estabelecido no item anterior;

VIII - realizar, quando houver denúncia de risco ou por iniciativa própria, inspeção no ambiente de trabalho, dando conhecimento dos riscos encontrados ao responsável pela área, à chefia da unidade e ao SIASS;

IX - promover a divulgação das normas de segurança e saúde no trabalho, emitidas pelo SIASS e órgãos afins, zelando pela sua observância;

X - despertar o interesse dos trabalhadores pela prevenção de acidentes, dos agravos à saúde e das doenças relacionadas ao trabalho, através de ações informativas e educativas sistemáticas, estimulando-os à adoção de comportamento saudável;

XI - participar de campanhas de promoção da saúde e de prevenção de acidentes no trabalho;

XII - promover anualmente a semana interna de saúde no trabalho - SISAT;

XIII - promover a realização de cursos, treinamentos e campanhas que julgar necessários para melhorar o desempenho dos trabalhadores quanto à segurança e saúde no trabalho.

12. Do treinamento

O treinamento dos membros titulares e suplentes da CISS é obrigatório e deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- Conceito de Saúde;
- Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;
- Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
- Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes;
- Noções sobre promoção da saúde, prevenção das doenças prevalentes e primeiros socorros;
- Noções sobre a legislação vigente relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Noções sobre prevenção e combate a princípio de incêndio;
- Organização da CISS e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da comissão.

O treinamento básico deverá ter no mínimo 20 horas, devendo ser adequado às especificidades dos processos de trabalho da unidade.

13. Do instrumento e efeitos legais

Após a publicação desta Norma o/a órgão/unidade terá o prazo de 60 (sessenta) dias para a implantação da CISS.