



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL
CURSO DE MESTRADO**

ALINE RODRIGUES DE AVILA

**SAÚDE DO TRABALHADOR NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO
GRANDE (FURG): A PERSPECTIVA DOS SERVIDORES**

**PELOTAS
2016**

ALINE RODRIGUES DE AVILA

Dissertação de Mestrado entregue à Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Política Social, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social.

COMISSÃO EXAMINADORA

Presidente e Orientadora Prof.^aDr^a Regina Célia Tamaso Miotto
Universidade Católica de Pelotas

1^a. Examinadora Profa. Dra. Jussara Maria da Rosa Mendes
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

2^a Examinador Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira

Universidade Católica de Pelotas

Pelotas, outubro de 2016

FICHA CATALOGRÁFICA

A958s Avila, Aline Rodrigues de.
Saúde do trabalhador no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande (FURG): a perspectiva dos servidores / Aline Rodrigues de Ávila. – 2016. 119 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas/UCPEL, Programa de Pós-Graduação em Política Social.

Orientadora: Dr^a. Regina Célia Tamaso Miotto.

1. Universidade Federal do Rio Grande. 2. Saúde do trabalhador. 3. Serviço público. I. Miotto, Regina Célia Tamaso. II. Título.

CDU 614

Catálogo na fonte: Bibliotecária Flávia Reis de Oliveira CRB10/1946

“Mais do que máquinas, precisamos de humanidade...”

“Mais do que inteligência, precisamos de afeto e ternura”

Charles Chaplin

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Paulo Sérgio Louzada Jaeger.

AGRADECIMENTOS

Esta construção envolveu muitas pessoas: desde os que repassaram seus preciosos conhecimentos, aos que ouviram minhas angustias, indecisões e dúvidas. Ainda que recebam apenas um singelo reconhecimento em formade palavras, foram vitais para a conclusão deste mestrado. Saibam, pois, que seus gestos ficarão – para sempre – marcados em minha história.

A Deus, por me guiar nesta caminhada, não me deixando esmorecer. Não foram poucos os momentos em que o cansaço tomou conta, mas foi Nele que busquei forças para continuar.

À minha filha Audrey Avila, por ser minha inspiração de vida. Sei o quanto torces pela “mãe”. Obrigada! Amo-te infinitamente!

Ao meu esposo, por ser um grande incentivador das minhas trajetórias, fazendo-me acreditar que sou capaz de alcançar os meus sonhos. Saibas que aquelas poucas palavras do dia a dia me fortaleceram para seguir em uma caminhada de tantos desafios. O teu acolhimento nas angústias, desânimos e tristezas fizeram-me acreditar que daria certo. Sem tua cumplicidade, não seria possível. Este trabalho é nosso. Amo-te!

Aos meus pais, que sempre acreditaram nos meus sonhos, e, assim, incentivaram-me a seguir, independente dos desafios. Vocês me ensinaram que lutar é preciso, sonhar é necessário, e conquistar faz parte de uma vida de realizações!Obrigada!

Ao fiel amigo Nick, que me acompanha de perto, desde a graduação.

À minha enteada, Isadora Jaeger, que sempre disponibilizou carinho, acolhendo minhas falas e angústias. Obrigada por fazer parte da minha vida! Amo-te!

À Furg, na pessoa da Maria Rosana, que acreditou que esse sonho seria possível e disse: vai em frente. Serei eternamente grata.

À minha orientadora, professora Regina Célia Tamasso Miotto, por compartilhar comigo os seus imensos conhecimentos e me acolher como sua orientanda. Foi um prazer enorme receber sua orientação, conviver com você e desfrutar da sua generosidade, carinho, atenção e cuidado. As palavras jamais irão dimensionar seu papel enquanto minha orientadora e sua importância na minha vida. Sou muitograta!

Aos professores da Pós-Graduação em Política Social, em especial às professoras Regina Célia Tamasso Miotto e Vera Maria Ribeiro Nogueira, que compartilharam seus conhecimentos com muita sabedoria e simplicidade. Será impossível esquecer-las.

À professora Mara Medeiros, sempre com seu espírito acolhedor, respondendo, a qualquer tempo, às dúvidas que surgiam. Muito obrigada!

Aos professores Jussara Maria da Rosa Mendes e Sandro Schreiber de Oliveira, por contribuírem e enriquecerem meu trabalho na qualificação, tornando-o motivo de muito prazer nessa caminhada.

À turma de mestrado de 2015, que enriqueceram meus conhecimentos e me fizeram muito feliz. Ficarão guardados em um cantinho especial, no meu coração.

Às amigas Bruna, Isabel, Luciana e ao amigo Tomaz, que tornaram essa caminhada menos dolorosa. Agradeço o companheirismo, as boas risadas e as incansáveis conversas.

Ao querido amigo e grande profissional, Júlio Marchand, a quem confiei a correção ortográfica desta dissertação. Obrigada pelo teu profissionalismo, presteza e carinho. Tu és realmente demais. Um forte abraço!

À Dioneli, que, mesmo por pouco tempo, foi uma grande amiga e parceira desta caminhada e, com certeza, estará para sempre na minha vida.

À querida amiga Fernanda Fonseca, que desempenhou papel muito importante no ingresso no mestrado, tuas palavras ainda ecoam em minha mente.

Às minhas queridas estagiárias, Barbara e Liliane, que, muitas vezes, precisaram parar para ouvir a supervisora que estava no auge da ansiedade e precisava dividir os prazeres, os aprendizados, as alegrias e as angústias que chegavam conforme o passar dos dias. Vocês fazem parte da realização deste sonho!

Aos sujeitos entrevistados, que disponibilizaram o seu tempo, sua vida e suas histórias, permitindo que esta pesquisa fosse realizada e obtivesse êxito. Muito obrigada!

RESUMO

Esta dissertação objetiva identificar e analisar a saúde do trabalhador na Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Para tanto, optou-se por realizar um estudo qualitativo/descritivo, tendo como lócus de pesquisa a Universidade. O tema é discutido a partir da análise da saúde do servidor operacionalizada pela FURG, contemplando o histórico da saúde, o debate contemporâneo em saúde do trabalhador, a implantação de políticas de saúde nos ambientes de trabalho e a visão dos servidores sobre saúde do trabalhador e atenção à saúde desenvolvida na Universidade. O procedimento metodológico foi o da entrevista semiestruturada e o critério de saturação foi utilizado para a delimitação do número de participantes. Os dados são apresentados por meio de dois eixos temáticos: Concepção de saúde do trabalhador entre os servidores da FURG e A percepção dos servidores sobre a atenção à saúde desenvolvida pela FURG. Os resultados dessa investigação indicam que a saúde do trabalhador apresenta diversos desfechos na vida profissional, repercutindo diretamente na vida pessoal e indicam, ainda, que a Universidade desempenha importante papel para que a saúde do trabalhador seja, de fato, operacionalizada em prol dos servidores.

Palavras-chave: Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Saúde do trabalhador. Serviço Público.

ABSTRACT

This dissertation aims to identify and study the health of the average worker at Universidade Federal do Rio Grande (FURG). For this reason, we chose to carry out a qualitative/descriptive study, having the University as the locus of the research. The topic is discussed based on the study of the average workers' health operationalized by FURG contemplating their medical records, the current debate over the workers' health care, the implement of health policies in the work environment, the view of the servers in relation to the workers' health care and the attention to health given by the University. The methodological procedure used was a semi-structured interview and to limit the number of participants, the saturation criterion was used. This data is presented by two guided themes: the concept of workers' health care among the servers from FURG and their perception about the attention to health given by the University. The results of this investigation indicate that the health of the worker shows several consequences in their professional life and have a direct repercussion in their personal life as well, also indicating that the University plays an important role so that the workers' health care should be operationalized to the interests of the servers.

Key words: Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Workers' health care. Public Service.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

C3	Centro de Ciências Computacionais
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CPS	Coordenação de Promoção à Saúde
CST	Coordenação de Segurança do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNST	Conselho Nacional de Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CRAM	Centro de Recuperação dos Animais Marinhos
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DAS	Diretoria de Atenção à Saúde
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
E. ENF	Escola de Enfermagem
EQA	Escola de Química e Alimentos
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
ESEF	Escola Superior de Educação Física
GEISAT	Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador
FAHERG	Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande
FADIR	Faculdade de Direito
FAMED	Faculdade de Medicina
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
HU	Hospital Universitário
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e da Assistência Social

ICEAC	Instituto de Ciências Econômicas, Administrativas e Contábeis
ICB	Instituto de Ciências Biológicas
ICHI	Instituto de Ciências Humanas
IE	Instituto de Educação
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IMEF	Instituto de Matemática Estatística e Física
ILA	Instituto de Letras e Artes
IO	Instituto de Oceanografia
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NTI	Núcleo de Tecnologia e Informação
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PASS	Política de Atenção à Saúde do Servidor
PNSST	Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho
PRAE	Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis
PROEXC	Pró-Reitoria de Extensão e Cultura
PROGEP	Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
PROINFRA	Pró-Reitoria de Infraestrutura
PROGRAD	Pró-Reitoria de Graduação
PROPESP	Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
PROPLAD	Pró-Reitoria de Planejamento
PNH	Política Nacional de Humanização
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RJU	Regime Jurídico Único
SECOM	Secretaria de Comunicação Social
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do servidor
SIB	Sistema de Bibliotecas
SISOSP	Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. TRABALHO, SAÚDE DO TRABALHADOR E POLÍTICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR	18
2.1 O TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR	18
2.2 A Política Nacional de Saúde do Trabalhador	35
2.2.1 A Política de saúde do trabalhador para os Servidores Federais	45
3. A SAÚDE DO TRABALHADOR NA FURG: O CONTEXTO E A PROPOSTA DE PESQUISA	52
3.1 A CRIAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DA FURG	52
3.1.1 Estrutura organizacional da FURG	55
3.2 A ATENÇÃO À SAÚDE DOS SERVIDORES NA FURG	57
3.2.1 A unidade de atenção à saúde do trabalhador da FURG	58
3.3 PROPOSTA E DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	62
3.3.1 Procedimentos para abordagem dos sujeitos	63
3.3.2 Procedimentos para análise dos dados	67
3.4 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	69
3.4.1-Sexo	69
3.4.2-Tempo de serviço na FURG	70
3.4.3-Idade	71
3.4.4-Classificação funcional I	72
3.4.5-Classificação funcional II	73
3.4.6-Exercício de trabalho concomitante com a Universidade	74
3.4.7-Motivo de atestado no período delimitado	75
3.4.8-Tempo de serviço anterior à FURG	77
4. A SAÚDE DO TRABALHADOR NA PERSPECTIVA DOS SERVIDORES DA FURG	78
4.1 CONCEPÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR ENTRE OS SERVIDORES DA FURG	78
4.1.1 A saúde do trabalhador como cuidado da saúde física	79
4.1.2 A saúde do trabalhador como responsabilidade do trabalhador	80
4.1.3 A saúde do trabalhador como responsabilidade individual e institucional	82
4.1.4 A saúde do trabalhador e a questão da saúde mental	83
4.1.5 A saúde do trabalhador a partir da concepção ampliada de saúde	84
4.2 A PERCEPÇÃO DOS SERVIDORES SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DESENVOLVIDA PELA FURG	87
4.2.1 A percepção da atenção à saúde na FURG	87
4.2.2 A percepção da saúde do trabalhador nos ambientes de trabalho	92
4.2.3 A percepção dos servidores sobre o adoecimento e os desfechos nos ambientes de trabalho	93
4.2.4 A percepção sobre o atendimento na Diretoria de Atenção à Saúde (DAS)	94
4.3 A SAÚDE DO TRABALHADOR NA PERSPECTIVA DOS SEUS SERVIDORES	99
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
6. REFERÊNCIAS	106
7. APÊNDICE A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	112
8. APÊNDICE B – TERMO DE ACEITE DO PROJETO	115
9. APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA	117
10. APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	118

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico: Sujeitos da pesquisa: Sexo dos entrevistados.....	69
Figura 2 - Gráfico: Sujeitos da pesquisa: Tempo de serviço na FURG.....	70
Figura 3 - Gráfico: Sujeitos da pesquisa: Idade.....	71
Figura 4 - Gráfico: Sujeitos da pesquisa: Classificação funcional I.....	72
Figura 5 - Gráfico: Sujeitos da pesquisa: Classificação funcional II.....	73
Figura 6 - Gráfico: Sujeitos da pesquisa: Exercício de trabalho concomitante.....	74
Figura 7 - Gráfico: Sujeitos da pesquisa: Motivo de atestado no período delimitado	75
Figura 8 - Gráfico: Sujeitos da pesquisa: Tempo de serviço anterior à FURG.....	77

1. INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar saúde do trabalhador surgiu da vivência como profissional atuante na área e pelo reconhecimento das demandas que surgem cotidianamente e que se expressam, das mais diversas formas, no ambiente de trabalho, assim como para entender o processo no qual está sendo desenvolvida a atenção à saúde do trabalhador na FURG. Para tanto, faz-se necessário o reconhecimento da origem e dos processos de desenvolvimento da saúde do trabalhador, considerado o sentido amplo do termo.

A saúde do trabalhador é definida pela Lei Federal nº 8.080, art 6º:

Um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, à promoção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Conforme definição legal, a saúde do trabalhador visa, dentre outras coisas, à promoção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores. Ao longo dos anos, observa-se o advento e a preocupação com essa questão, seja pelo alto índice de adoecimento no campo trabalhista, seja pelo desenvolvimento legislativo ou, ainda, pelo interesse dos trabalhadores e estudiosos da área. Atuar na atenção à saúde do trabalhador exige dedicar um olhar voltado à compreensão das relações entre empregador, trabalhador e também sobre os processos desaúde/doença.

Quando se aborda saúde do trabalhador, pode-se afirmar, consoante Mendes (2011, p. 38), que “a compreensão dessas mutações vem resignificando, não apenas a realidade vivenciada pelos profissionais e pelos sujeitos vinculados à sua ação, mas também o espaço, onde e como se dá o processo de saúde-doença”. Sendo assim, torna-se viável enfatizar a importância do desenvolvimento de estudos que venham a potencializar, aprimorar e fortalecer esse campo em debate “com a finalidade de subsidiar políticas públicas de atenção ao trabalhador. Assim, deve-se fortalecer a articulação entre pesquisadores e profissionais das diversas instituições bem como contribuir para a construção de conhecimento na área” (MENDES, 2011, p. 39).

A FURG, há aproximadamente 30 anos, vem desenvolvendo ações voltadas à promoção à saúde de seus servidores. Durante esse tempo, muitas mudanças ocorreram e, dentre elas, destacam-se aquelas de caráter político, estrutural (construção de novos prédios, inovação tecnológica) e humano (aumento significativo de servidores) no setor. Neste momento, a Universidade se encontra em um período de grande expansão estrutural e humana e, hoje, conta com três campi externos à sede, um Hospital Universitário, um complexo de museus, uma emissora de TV e rádio, e mais de dois mil servidores públicos federais, entre técnicos e docentes. Esse número aumenta em grande escala quando somados os trabalhadores contratados: professores, porteiros, vigilantes e profissionais de limpeza predial.

O crescimento dos recursos humanos da Universidade permite, também, observar o aumento no adoecimento dos servidores. Esse adoecimento é de origem bastante variada, mas o que mais acomete os trabalhadores – conforme avaliação dos atestados entregues no Serviço de Atendimento ao Servidor – são as doenças de ordem psicológica e social. Diante da manifestação dessa questão, observa-se que o maior número de servidores acometidos por doenças é dos que exercem suas funções no Hospital Universitário, mas também é perceptível um grande quantitativo de doentes divididos entre técnicos e docentes das diversas áreas e campi da Universidade.

Apesar do visível aumento do processo de adoecimento dos servidores, percebe-se que, mesmo com a existência de uma política de saúde endereçada aos trabalhadores públicos federais voltada para a promoção à saúde, caminha-se a passos lentos em direção à promoção do cuidado em saúde. Um exemplo disso é a preocupação excessiva em relação a notificações de afastamento do trabalhador no sentido de quantificá-las e de enumerar os dias de trabalho efetivo durante o mês em que houve o afastamento do servidor. No acompanhamento diário dos servidores, enquanto técnica do serviço social, algumas questões foram se colocando, tais como: Como se desenvolve a atenção à saúde do trabalhador ao longo da história na FURG? Qual a visão dos servidores, em relação à atenção à saúde ofertada pela FURG? Como está estruturada a atenção à saúde do trabalhador na FURG tendo em conta o debate contemporâneo sobre a saúde do trabalhador e a política dos servidores federais? Diante dessas indagações, propôs-se o desenvolvimento de um processo de investigação objetivando analisar a atenção à

saúde do trabalhador operacionalizada pela FURG, no contexto do debate contemporâneo da política de atenção à saúde dos servidores federais, tendo em conta a perspectiva desses profissionais, dentre os quais se incluem técnicos e docentes. Assim, optou-se por uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória-descritiva, junto aos servidores, no intuito de conhecer a saúde do trabalhador no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande.

Objetiva-se, nesse sentido, que os resultados da pesquisa possam, em primeiro lugar, contribuir para a adoção de medidas que reduzam o adoecimento dos trabalhadores, abram espaços de diálogo com a gestão, além de outras ainda não viabilizadas ou imaginadas. Busca-se, dessa forma, contribuir para o enfrentamento do adoecimento e de suas causas e qualificar a política de atenção à saúde dos servidores da FURG. Em segundo lugar, almeja-se que esta pesquisa traga elementos que ajudem a avançar no desvendamento da realidade dos trabalhadores e das iniquidades em saúde, fazendo avançar o conhecimento na área de saúde do trabalhador.

Visando ao atendimento do objetivo proposto e das contribuições desejadas, o trabalho que ora se apresenta estrutura-se em três capítulos, além desta introdução e das considerações finais.

Assim, o primeiro capítulo apresenta O Trabalho, Saúde do Trabalhador e Políticas de Saúde do Trabalhador, objetivando apresentar os principais itens da discussão deste trabalho, realizando uma breve revisão dos itens relacionados. Neles, são discutidos alguns elementos que compõem o histórico do mundo do trabalho, como foi sendo desenvolvido o olhar sobre saúde do trabalhador ao longo dos anos e como foram e estão sendo construídas as políticas de saúde do trabalhador no âmbito da CLT e em nível federal.

O segundo aborda A Saúde do Trabalhador na FURG: o contexto e a proposta da pesquisa. Inicialmente, apresenta-se a criação da Universidade e o desenvolvimento da saúde do trabalhador no âmbito de sua criação até os dias atuais.

O terceiro apresenta a análise dos dados; nele, são apresentados os dados empíricos coletados junto aos sujeitos pesquisados e as análises decorrentes desse processo. Essa apresentação traz a sistematização dos relatos que delinham os assuntos abordados e os resultados obtidos, que estão divididos em dois eixos temáticos: Concepções de saúde do trabalhador entre os servidores da FURG e A

percepção dos servidores sobre a atenção à saúde desenvolvida pela FURG. Finaliza-se a seção por meio da sistematização de alguns aspectos relevantes da análise, visando responder aos objetivos propostos neste estudo.

2. Trabalho, Saúde do Trabalhador e Políticas de Saúde do Trabalhador

A compreensão sobre trabalhador, saúde do trabalhador e políticas de saúde do trabalhador é o embasamento principal para discutir os objetivos deste trabalho. Apesar de serem temas de densas discussões sociais e acadêmicas, propõe-se aqui situar a discussão sobre o sentido do trabalho enquanto atividade humana, os modelos de trabalho inseridos, as repercussões no mundo do trabalho e o desenvolvimento da saúde do trabalhador em seu contexto histórico. A seguir, aborda-se a trajetória das políticas oferecidas aos trabalhadores, perpassando as lutas internacionais e nacionais e a implantação das políticas ofertadas aos servidores públicos.

2.1 O Trabalho e a saúde do trabalhador

Historicamente, o trabalho é atividade voluntária e consciente que permite ao homem a construção de seu mundo; por intermédio dele, são possíveis a apropriação e o uso racional da natureza. Tal característica diferencia o ser humano dos demais animais, os quais também possuem a capacidade de realizar tarefas necessárias à sua sobrevivência, todavia desprovidas de qualquer planejamento.

Essa capacidade de planejamento racional de ações com vistas à sobrevivência foi fundamental à organização social, pois permitiu a formação de agrupamentos humanos no intuito de consolidar a força de trabalho necessária à nova forma de vivência humana.

Diante de sua natureza de atividade fundamental – a sobrevivência humana – , trabalhar significa não apenas ser detentor da capacidade de desenvolver atividades planejadas e produtivas, tal potencialidade proporciona ao ser humano sentir-se pertencente e reconhecido por seus pares como indivíduo.

Foi pelo domínio das técnicas de agricultura que o homem deixou de ser nômade e pôde fixar-se em determinado local, pois deteve o conhecimento necessário ao suprimento de suas necessidades básicas, a partir da capacidade de

explorar, livremente, a terra e da possibilidade da companhia de outros homens capazes e dispostos a contribuir para a formação do grupo social.

A concentração da propriedade da terra se mostrou uma das principais formas de exploração do trabalho humano. A necessidade de indenizar o senhor feudal pelo uso do bem marcou, claramente, a concentração dos meios de produção intensificada com o desenvolvimento capitalista. Nesse meio de produção, o trabalho deixou de ser atividade livre e passou a ser dirigida.

No início do século XX, houve a organização da produção industrial, ficando alicerçada sobre dois eixos: o taylorismo e o fordismo. O modelo taylorista (1856-1915) desenvolveu-se a partir da observação dos trabalhadores nas indústrias. Foi instituído que cada trabalhador desenvolveria uma atividade específica no sistema produtivo da indústria, evitando, assim, a ociosidade operária. No taylorismo, o trabalhador era monitorado segundo o tempo de produção. “[...] Taylor acreditava que a organização racional, centrada na análise e no estudo dos tempos do trabalho e nos movimentos dos trabalhadores, era o princípio fundamental para o desenvolvimento da indústria” (MENDES, 2003, p.24).

O Modelo Fordista foi criado pelo empresário norte-americano Henry Ford (1863-1947), fundador da Ford Motor. O Fordismo é um modelo de produção em massa que revolucionou a produção industrial do início do século XX. A organização tinha como objetivo especializar cada funcionário em uma atividade específica.

O fordismo é fundamentalmente a forma pela qual a indústria e o processo de trabalho consolidaram-se ao longo deste século, cujos elementos constitutivos básicos eram dados pela produção em massa, através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos (ANTUNES, 2006, p. 25).

Esse sistema apresentava como principal objetivo reduzir os custos de produção e baratear o produto no intuito de, assim, vender para um maior número de pessoas. A mão de obra não precisava ser capacitada, pois os trabalhadores executavam sempre a mesma tarefa.

O trabalho taylorizado engendra, definitivamente, mais divisões entre os indivíduos do que pontos de união. Mesmo se eles partilham coletivamente da vivência do local de trabalho, do barulho, da cadência e da disciplina, o fato é que, pela própria estrutura desta organização de trabalho, os operários são confrontados um por um, individualmente e na solidão, às violências da produtividade (DEJOURS, 2015, p.49).

O Sistema Fordista foi muito desgastante para os trabalhadores, pois, além de ser um trabalho repetitivo e massacrante, os empregados não dispunham de relações sociais entre os colegas de trabalho, tinham salários reduzidos que também reforçavam o padrão estabelecido, que era pagar baixos salários para reduzir os custos da produção.

Tanto o taylorismo quanto o fordismo possuíam objetivos claros: a ampliação da produção em um menor espaço de tempo e o lucro dos detentores dos meios de produção, por meio da exploração da força de trabalho dos operários. Conforme destaca (Pinto, 2013, p. 54):

O desenvolvimento e a difusão do movimento taylorista/fordista transferiram o arcabouço do conhecimento sobre os processos de trabalho às gerências empresariais, portanto aos proprietários dos meios de produção, aprofundou ainda mais o fosso dessa clivagem social, tornando as diferentes categorias de trabalhadores, gerenciais ou operacionais, mais dependentes de seus empregadores e, ao mesmo tempo, mais fragmentados como classe social na defesa de seus interesses.

Aos poucos, foram surgindo novas formas, originárias do capital, de reestruturar a acumulação, restabelecer e ampliar o que a burguesia estava perdendo nesse novo modelo de produção. “Foi nesse contexto que o capital, em escala global, vem redesenhando novas e velhas modalidades de trabalho – o *trabalho precário* – com o objetivo de recuperar as formas econômicas, políticas e ideológicas da dominação burguesa” (ANTUNES, 2008, p. 4).

Como já foi dito, essa reestruturação produtiva deu-se pela necessidade do capital por novas formas de produção, com o intuito de recuperação do mercado global e adequação a ele. Para que isso acontecesse, a empresa implantou novas formas e mecanismos que intensificassem a exploração do trabalho, a extração de mais-valia e um controle ainda maior sobre o trabalhador.

O modelo toyotista é também voltado para a produção de mercadorias. Criado no Japão, após a Segunda Guerra Mundial, foi aplicado, em um primeiro momento, na fábrica da Toyota, de onde vem seu nome. Difundiu-se pelo mundo, principalmente após a década de 1960, sendo utilizado até os dias atuais em vários países.

Nessa nova fase, entrou em vigor o modelo toyotista, que não significou o descarte do modelo taylorista/fordista. O que ficou estabelecido foi a inserção das técnicas tradicionais dos modelos vigentes, anteriormente aliados ao novo modelo, o

toyotista. Esse novo padrão é advindo da indústria japonesa, podendo, também, ser denominado de acumulação flexível.

Vivem-se formas transitórias de produção, cujos desdobramentos são também agudos, no que diz respeito aos direitos do trabalho. Estes são desregulamentados, são flexibilizados, de modo a dotar o capital do instrumental necessário para adequar-se a sua nova fase. Direitos e conquistas históricas dos trabalhadores são substituídos e eliminados do mundo da produção (ANTUNES, 2006, p. 24).

Dessas mudanças, surgiu o advento da inovação tecnológica e aconteceu a descentralização da produção, gerando, assim, dentre outras, a terceirização dos trabalhos realizados.

No Brasil, há controvérsias sobre a efetivação, em nosso território, do modelo fordista. Algumas características centrais do fordismo, como um sindicalismo autônomo e forte, nem ao menos figuraram em nosso país, a estagnação dos salários dos trabalhadores brasileiros comprometia o consumo de massa.

Outro fator relevante foi a tardia implantação de um Estado de Bem-Estar Social. As políticas sociais no Brasil foram sendo implantadas de formas fragmentadas e emergenciais, sempre com caráter governista.

Não se constituiu aqui um Estado de Bem-Estar Social, o que torna ainda piores os efeitos econômicos para os trabalhadores, gerando, assim, aumento do desemprego, trabalhos precários e as mais diversas formas de prejuízo direto ao trabalhador, incluindo a saúde. Essas transformações geraram trabalhadores contratados temporariamente ou com carga horária reduzida e, conseqüentemente, com salários reduzidos. Cresceu em demasia a categoria dos subcontratados e os empregados da economia informal. Pôde-se observar, também, um crescente aumento da desproteção e do enfraquecimento dos sindicatos.

Essas alterações nas qualificações exigidas e as segmentações a partir daí geradas na composição da classe trabalhadora vêm afetando sua organização política, atingindo duramente o poder de seus sindicatos frente aos Estados e às entidades patronais. Mais especificadamente, a diferenciação dos trabalhadores em grupos cada vez mais distintos vem fragmentando seus interesses como classe social, haja vista a evidente tendência de distanciamento em termos de reivindicações e participação política entre os mantidos “estáveis” em atividades supostamente mais qualificadas, frente aos mantidos em trabalhos precários (PINTO, 2013, p. 49).

Conforme destacado pelo autor, a palavra “estáveis” retoma um termo que já inexistiu meio dos trabalhadores. Essa falsa estabilidade está atrelada ao

condicionante de o trabalhador ter seus direitos garantidos ou não. Os sobrantes do mercado são voláteis e estão sempre em constante transformação, o estável de hoje é o sobranete de amanhã e vice-versa.

Diante dessa falsa estabilidade, o que se encontra é a desarticulação do próprio trabalhador, que já entende com normalidade o desemprego estrutural pelo qual está acometido.

Nas últimas décadas, a instabilidade econômica nos países centrais e periféricos foi construindo relações perversas de trabalho, o qual ficou mais flexível e sem proteção social. A condição de trabalhador empregado, com direitos sociais garantidos, vive uma ruptura crescente, gerando, assim, muito além de um exército de reserva e, sim, a constante ameaça de não ter mais espaço no processo produtivo. Segundo Druck (2013, p. 64),

a condição de desempregado e a ameaça permanente da perda do emprego têm-se constituído uma eficiente estratégia de dominação no âmbito de trabalho. O isolamento e a perda de enraizamento, inserção, vínculos e perspectivas de identidade coletiva, decorrentes da descartabilidade, da desvalorização e da exclusão, são condições que afetam decisivamente a sociedade declasse.

Essa constante ameaça de não saber como se alocar no mercado de trabalho tem gerado uma aceitação danosa nos trabalhadores, pois as ofertas são as mais precárias possíveis, mas, na visão do trabalhador, é vista como “oportunidade”. Essas oportunidades vêm de acordo com interesses do capital em reproduzir seu ganho a qualquer custo.

A flexibilização da produção exige que se flexibilizem as leis que regulamentam o uso e a alocação da força de trabalho pelas empresas. Isso implica na legislação trabalhista, levando, principalmente nas economias periféricas, onde já são escassas as estruturas de proteção social por parte do Estado, a redução dos direitos dos trabalhadores (PINTO, 2013, p. 79).

É fato que o trabalhador se encontra acuado pelo desemprego estrutural em todas as instâncias, seja de trabalhadores sem formação, seja com formação. Hoje, os trabalhadores sobrantes variam muito quanto a ter ou não formação. É inegável que o trabalhador com pouca escolaridade é aquele submetido às formas mais precárias de trabalho, mas também são encontrados, hoje, muitos trabalhadores qualificados atuando em diversas funções. Em muitos casos, utiliza-se esse

trabalhador na sua área de formação, mas o cargo que lhe é dado é o de um auxiliar administrativo. A função generalista descaracteriza sua formação e, conseqüentemente, seu salário, mas sua utilização é de interesse monetário e exploração formativa a baixo custo.

São trabalhadores que se encontram no mesmo “mundo” do trabalho, porém compõem um grande exército de reserva, com características nem sempre claramente identificáveis. A distinção e conformação da classe trabalhadora, nos seus aspectos quantitativos e qualitativos, muitas vezes se referem apenas aos dados de sua representação na divisão sociotécnica do trabalho, nas formas de ocupação, qualificação e exigências dadas pelo mercado de trabalho (WUNSCH E MENDES, 2011, p.168).

A relevância do trabalho se mostra indispensável às formações sociais até hoje concebidas; por um lado, é necessário o desenvolvimento coordenado de atividades que possibilitem a sobrevivência e o conforto humanos; por outro, é possível apontar que essa mesma atividade também seja capaz de revelar característica autodestrutiva, no viés capitalista.

Segundo Dejours (2004a, p. 18), citado por Pinto (2013, p. 09):

A tese conhecida como “centralidade do trabalho” mostra que o trabalho desempenha um papel essencial de formação do espaço público, pois trabalhar não é tão só produzir: trabalhar é ainda viver junto. Ora, viver junto não é produto de geração espontânea; pressupõe uma atenção em relação ao outro, um respeito pelo outro e contribuições extremamente complexas por parte de todos, na luta contra o poder dos interesses privados. O trabalho é mesmo, certamente, o *locus* principal em que se realiza o aprendizado da democracia. Mas, se a renovação do viver junto fracassa, então o trabalho pode se tornar uma perigosa força de destruição da democracia e de difusão do cinismo e do cada-um-por-si. (...) O individualismo é uma derrota e não um ideal.

Nessa linha, é importante destacar que o desenvolvimento das atividades laborais proporciona inúmeros avanços científicos e tecnológicos que até hoje permitem o crescimento populacional e a ampliação contínua da expectativa de vida. Contraditoriamente, é perceptível a existência de crise nas condições de vida de grande parte da população mundial, decorrente da piora das condições ambientais e da concentração de poder e de riquezas.

Mas, não obstante tais possibilidades, a utilização predatória do meio ambiente nunca foi tão dramaticamente verificada e ao mesmo tempo, tão alertada e tão deliberadamente desrespeitada como provam, entre os principais países poluidores os EUA. À ampliação das fontes e canais informativos entre agentes de decisão segue-se desastrosamente, uma

imensa concentração de poder e seu uso unilateral por interesses governamentais bélicos, atendendo, ademais, à sanha de grupos anônimos de especuladores financeiros, cuja capacidade de manipulação de capital lhes permite alterar o destino de nações (PINTO, 2013, p. 08).

É inegável a contribuição do trabalho à consolidação da sociedade contemporânea, ao permitir a já apontada fixação humana em determinado território, entretanto também é irrefutável desconhecer as características negativas que o acompanham.

Hoje, considera-se que há uma nova precarização social do trabalho no Brasil. É nova porque foi reconfigurada e ampliada, levando a uma regressão social em todas as suas dimensões. Seu caráter abrangente, generalizado e central: 1) atinge tanto as regiões mais desenvolvidas do país (por exemplo, São Paulo) quanto as regiões mais tradicionalmente marcadas pela precariedade; 2) está presente tanto nos setores mais dinâmicos e modernos do país (indústrias de ponta) quanto nas formas mais tradicionais de trabalho informal (trabalho por conta própria, autônomo etc.); 3) atinge tanto os trabalhadores mais qualificados quanto os menos qualificados. Enfim, essa precarização se estabelece e se institucionaliza como um processo social que estabiliza e cria uma permanente insegurança e volatilidade no trabalho, fragiliza os vínculos e impõe perdas dos mais variados tipos (direitos, emprego, saúde e vida) para todos os que vivem do trabalho (DRUCK, 2013, p. 61).

A exploração capitalista desse importante meio de produção de riqueza afeta diretamente a saúde dos trabalhadores, a degradação ambiental, o desemprego, e, em suma, a possível destruição das condições de vida, não superadas, nem mesmo, pelos benefícios por ele propiciados.

Nesse contexto, mais do que nunca, a saúde do trabalhador é colocada em evidência e se percebe, diante das historicamente precárias condições às quais estão submetidos os trabalhadores, a necessidade de os sujeitos organizarem formas de enfrentamento dessa realidade. Reconhecer que a saúde do trabalhador é oriunda das relações entre capital/trabalho faz refletir sobre o que está inserido nesse contexto, corroborando com a afirmação de Mendes (2003, p. 65) de “que essa perspectiva implica, então, abordagem processual ampla, envolvendo desde o diagnóstico, o tratamento e, simultaneamente, a implantação de modificação das máquinas, equipamentos e de outras ações no ambiente”. Diante dessa perspectiva, podem-se destacar importantes mecanismos que foram e são utilizados para o reconhecimento da saúde do trabalhador enquanto direito a um trabalho menos danoso.

Um dos marcos da saúde do trabalhador foi a Reforma Sanitária que, em conformidade com diversos parâmetros mundiais, buscou a implantação do direito à

saúde de uma forma geral e, conseqüentemente, da saúde do trabalhador. Foi a partir do movimento da referida reforma que se desenvolveram outras ações que fomentaram a luta pela saúde do trabalhador em nosso país. Essa reforma contou também com a mobilização sindical e com movimentos sociais que desempenharam importante papel nas conquistas ocorridas ao longo dos anos.

O campo de saúde do trabalhador tem sua origem em uma conjuntura política de organização e de lutas pela redemocratização do país – sobretudo a partir da década de 1980 – em que vários atores, situados em espaços e lugares sociais diferentes, confluem no questionamento das concepções e das políticas públicas de saúde até então vigentes (GOMEZ, 2011, p. 02).

Outro meio de grande importância são as conferências de saúde e de saúde do trabalhador, pois, por meio delas, é possível avaliar, no cenário brasileiro, como estão os direitos dos trabalhadores; é um momento de articulação social em prol da vida e da saúde dos trabalhadores.

A saúde do trabalhador está diretamente ligada ao direito à saúde, com ênfase em suas peculiaridades, que abrangem questões políticas, econômicas e sociais, as quais demandam uma permanente articulação das políticas sociais, dos programas e projetos, ou seja, é necessária a gestão do social, que, segundo CARVALHO (1999), “é a gestão das demandas e necessidades dos cidadãos”. Assim, é preciso um trabalho multiprofissional de inclusão do trabalhador nos processos decisórios. “É pertinente ter clareza de que a conformação de um sistema de proteção social é bem mais complexo do que a simples solução legal, dependida da pressão e vigilância constante da sociedade” (MENDES, 2011, p.41).

As compreensões políticas e econômicas globais; as novas demandas de uma sociedade complexa; os déficits públicos crônicos; a revolução informacional; a transformação produtiva, o desemprego e a precarização das relações de trabalho; a expansão da pobreza; bem como o aumento das desigualdades sociais são alguns dos tantos fatores que engendram demandas e limites e pressionam por novos arranjos e modo de gestão da política social (CARVALHO, 1999, p.20).

É inevitável falar-se das relações de saúde do trabalhador, sem que se abordem questões que implicam diretamente as relações de trabalho. O trabalho, segundo WUNSCH e MENDES (2011, p. 167), “se metamorfoseia e não pode ser dissociado da análise da complexificação da configuração da classe trabalhadora e sua característica heterogênia.” As velhas e novas formas oriundas das

organizações do trabalho nos fazem refletir sobre as conjunturas atuais, que são produzidas nas formas de entendimento e condução das políticas direcionadas aos trabalhadores.

As formas de condução do trabalho aos trabalhadores nos invocam quase sempre a exploração do mesmo, o que podemos confirmar, segundo KONDER (1999, p. 34), “na lógica de que o progresso beneficia a seus patrões (e não a eles) e percebem que a riqueza se concentra sobretudo nas mãos dos que já são ricos”. Diante dessa afirmação, pode-se complementar com as escritas de WUNSCH e MENDES (2015, p. 294), ao afirmarem “que essa alienação/estranhamento do trabalhador em relação aos produtos de seu trabalho é apenas um dos aspectos, pois também ocorre na própria atividade, já que ele se submete às determinações do capital.” O que pode ser analisado na própria atividade do trabalhador, que passa a desenvolver seu trabalho em torno dos desejos capitalistas, deixando de lado suas determinações enquanto ser humano dotado de inteligência, e que, segundo Konder (1999, p. 34), é reforçado pela ideia de que “o trabalhador nada possui a não ser sua força de trabalho individual”.

É inegável que o trabalho traz em si uma dupla visão, uma delas é o prazer pessoal, visto que se adquire, por intermédio dele, autonomia nas relações sociais. Outro enfoque impõe a absorção do empregado por ele diante da doação integral, como padrão de personificação de um ser humano capaz.

A relação trabalho e saúde sofre, ainda hoje, com a insistência de separá-los como processos que ocorrem em dimensões diferenciadas. Essa separação decorre das velhas concepções de que o trabalho é motivo de prazer, de conquistas, de obrigação, e, assim, não é permitido causar qualquer dano ou sofrimento ao trabalhador. Contrário a essa perspectiva, o que se encontra em estudos diversos, converge-se para a desmistificação de que a relação entre trabalho e saúde não influencia na saúde do trabalhador.

Na medida em que se aprofunda a discussão sobre o trabalho, ampliam-se as possibilidades de compreender a saúde do trabalhador como produto da reprodução das relações sociais da sociedade capitalista. Isso significa entender as contradições que se acentuam na relação capital-trabalho e tomá-las como fundamentais nos embates pela garantia e reconhecimento dos direitos sociais na contemporaneidade. A dimensão política da saúde do trabalhador coloca em relevo antigas e atuais confrontações cotidianas que incidem sobre o processo de saúde e doença, perspectivas teóricas, modelos de atenção à saúde do trabalhador e mecanismos de reconhecimento dos direitos sociais (WUNSCH e MENDES, 2011, p. 168).

A compreensão do campo Saúde do Trabalhador, na atualidade, está pautada nas relações do chamado mundo do trabalho. Segundo Mendes et al (2011, p. 25), “saúde e trabalho são categorias centrais, também, no desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre as desigualdades sociais e suas diferentes formas de expressão individual e coletiva”. Os estudos em torno da saúde do trabalhador emergem de um contexto econômico/social, pois é a partir dessas relações que se pode entender os modos de produção e suas repercussões na vida dos trabalhadores.

É sabido que as relações entre saúde e trabalho vêm-se constituindo em um campo de tamanho desafio para os trabalhadores e, conseqüentemente, para os implementadores das políticas direcionadas a eles, tanto aos trabalhadores sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), quanto aos servidores públicos federais, regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU).

Temos, hoje, um cenário que nos invoca uma “nova precarização social do trabalho no Brasil” (DRUCK, 2009), definida como nova, pois está carregada de novos arranjos e vem sendo ampliada frente às exigências do capital (SILVA, 2013, p. 61). Essa precarização está atingindo as diversas formas de trabalho desenvolvidas, atingindo as diferentes classes sociais. Historicamente, as classes atingidas eram aquelas com baixo nível de estudo, que não dispunham de acesso à educação, oriundos de segregações sociais geracionais. Ainda hoje, essas classes se mantêm, mas o que temos no atual cenário é uma nova precarização social, pois está atingindo aquelas classes sociais que têm alto nível de escolaridade; mas que, mesmo assim, não são absorvidas pelo mercado de trabalho. Tal fato se confirma nas escritas de Mendes (2003, p. 45): “A crise da oferta de postos de trabalho industrial atinge a todos, embora com diferentes nuances. Chega até mesmo àquele segmento dos operários mais qualificados”.

Dessa forma, destacam-se as diversas organizações de trabalho, oriundas dessa nova crise, como o trabalhador autônomo, o terceirizado e, até mesmo, aquele trabalhador qualificado, que acaba sofrendo com a descaracterização de sua formação profissional, pois os trabalhadores acabam se sujeitando a trabalhar em qualquer função e a qualquer preço.

Essa exposição do trabalhador apresenta desfechos ainda mais discriminatórios quando participam ativamente de uma força de trabalho, em que cada um possui uma forma de direito garantido, um exemplo disso são as

terceirizações em grandes empresas e no serviço público, o que, segundo DRUCK (2013, p. 56), “se dá pela condição de instabilidade, insegurança, fragmentação dos coletivos de trabalhadores e brutal concorrência entre eles”.

Os trabalhadores que são funcionários de uma grande empresa na área industrial têm direito a planos de saúde, vale-alimentação, enquanto os trabalhadores da mesma empresa, só que de forma contratada (terceirizada), não dispõem de nenhum desses direitos. Assim, “a terceirização (ou subcontratação) ocorreu de início em atividades periféricas, como serviços de limpeza, vigilância, alimentação e outros, e propagou-se gradativamente para todas as áreas, num movimento indiscriminado” (DRUCK, 2013, p.66).

No serviço público, não foi diferente, na década de 80, ainda existiam concursos para trabalhadores na área de higienização, portaria, vigilância etc. “A partir da década de 90, houve o trancamento dos concursos, o que fomentou a terceirização no setor público e passou a ocupar lugar estratégico no âmbito da reforma do Estado.” DRUCK (2013. p. 66). Com a propagação das terceirizações, os cargos citados acima foram extintos da carreira pública e esses serviços, até hoje, são desenvolvidos por empresas terceirizadas, que contratam seus trabalhadores a baixo custo e ofertam-nos direitos mínimos.

É notório que, em algum momento, foi pensando pelos governantes que os cargos de trabalhos mais precários poderiam custar menos. Sendo assim, pode-se perceber que houve um reforço para que o trabalhador com baixa escolaridade não obtivesse espaço no serviço público, fato possível de observar nos governos Federal, Municipal e Estadual.

Seria possível pensar que esse é um dos fatores do enfraquecimento das lutas dos trabalhadores na contemporaneidade? O sentimento criado entre eles é o de trabalhadores mercedores e não mercedores, os visíveis e os invisíveis, os trabalhadores com capacidade e os incapazes; cria-se, assim, a cultura do silêncio, pois os trabalhadores necessitam adentrar no mercado de trabalho a qualquer custo, pois é a possibilidade que lhes resta.

Essa separação, que ocorre naturalmente nos modelos de trabalho contemporâneo, vem trazendo caracterizações diferenciadas para a conjuntura de vida e saúde dos trabalhadores. Pode-se dizer que, em meio a essa precarização estrutural, que atinge as mais diversas classes trabalhistas, há um silenciamento das categorias, pois os que participam das empresas com melhores salários e condições

vivem uma constante ameaça, por estarem desfrutando de um espaço privilegiado em detrimento dos demais trabalhadores.

No entanto, a emergência desse tipo de trabalho possibilitou às empresas capitalistas relegar e transferir o enfrentamento político entre as classes para dentro de seu espaço, e não mais no dos sindicatos e partidos. Configura-se dessa forma, um quadro político em que, ao mesmo tempo que racionaliza seus objetos, circunscrevendo a luta de classes em seus domínios, o capital faz desse projeto uma reivindicação de cunho aparentemente trabalhista, projetando-o para o conjunto da sociedade (VALENCIA, 2013, p.107).

Já os trabalhadores das empresas subcontratadas e terceirizadas mantêm-se atentos à única oportunidade que lhes resta, ignorando os direitos negados e reforçando a lógica de aceitação do mínimo. Conforme afirma LANCMAN (2008, p. 28):

Esta lógica de restrição de oportunidades termina por atingir também as condições de trabalho daqueles que ainda estão empregados. Os assalariados terminam por ceder à precarização das condições de trabalho, às perdas de direitos trabalhistas e previdenciários, bem como dos mecanismos de proteção e de fiscalização em relação à saúde, expondo-se mais aos riscos de adoecimento e de acidentes. A perda do poder de barganha de quem procura emprego – e a precarização econômica – leva os trabalhadores à escolha simples entre um mau trabalho, ou trabalho nenhum.

No serviço público, nos últimos anos, vem ocorrendo a desmobilização das lutas, o que pode ser observado nas afirmativas de SILVA (2013, p. 42):

Há de se considerar também que a relevância da participação social do servidor nas manifestações públicas é uma das forças que ainda prevalecem, principalmente hoje, quando os movimentos sociais enfraqueceram suas lutas da qualidade das políticas públicas. Por conseguinte, nota-se que os servidores públicos talvez sejam uma das poucas classes trabalhadoras que ainda detêm grande potencial para provocar a retomada da mobilização dos seus membros, muito embora seu movimento organizacional esteja perdendo fôlego, parecendo seguir a mesma dinâmica de desmobilização e desmotivação da classe trabalhadora em geral.

Essa afirmativa faz refletir sobre o cenário contemporâneo das relações de trabalho. Assim, é possível afirmar que ambos os grupos de trabalhadores vivem à mercê, em seus postos de trabalho, da perversa forma econômica na qual estão inseridos, perdendo força e legitimidade perante as históricas lutas.

Esse fato vem desencadeando um intenso adoecimento nos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal, fora do mercado de trabalho

(desempregados), ou aqueles que dispõem de um trabalho, mas precisam submeter-se a desenvolver funções que não são compatíveis com a sua formação e os servidores públicos.

É possível entender-se que uma vez trabalhador, sempre trabalhador, “o trabalhador é uma categoria central para a compreensão do ser social e indispensável à sua sobrevivência” (SILVA, 2013, p. 62). Esse fato impede dissociar a saúde dos trabalhadores ativos, subutilizados, daqueles que nem ao menos fazem parte do mercado de trabalho. O enquadramento no chamado mundo do trabalho é indissociável da vida humana, assim, a sociabilidade com esse mundo “se institucionaliza como um processo social que instabiliza e cria uma permanente insegurança e volatilidade no trabalho, fragiliza os vínculos, impõe perdas dos mais variados tipos (direitos, emprego, saúde e vida) para todos os que vivem do trabalho” (SILVA, 2013, p.61).

SILVA (2013, p. 66) afirma que, na análise das condições sociais, um dos fatores que interfere na saúde da classe trabalhadora é o processo de produção e a desigualdade social advinda das crises da sociedade capitalista. Perceber o mundo do trabalho em suas diversas formas permite enxergar o quanto esse mundo é passível de relações conflituosas, tanto aos excluídos do mercado de trabalho, quanto aos nele inseridos. Esse movimento se torna necessário para entender como vem se desenvolvendo essas relações. Hoje, os excluídos, que podem ser denominados os trabalhadores informais e os desempregados não são vistos como cidadãos, fazendo parte dos sobrantes que compõem nossa sociedade. Assim, essas pessoas buscam outras alternativas para sobreviver, que não garantem a sua subsistência ou a de seus familiares (MENDES, 2003, p.47). Esses trabalhadores da informalidade e os desempregados se tornam invisíveis, tanto para o Estado, quanto para a sociedade. Conseqüentemente, tornam-se adoecidos pelos processos da vida social à qual ficam expostos. Esse adoecimento emerge naturalmente da situação na qual estão acometidos. O que se confirma nas escritas de LANCMAN (2013, p. 31), o qual afirma que “O trabalho tem ainda uma função psíquica: é um dos grandes alicerces de constituição dos sujeitos e de sua rede de significados”. A situação do não reconhecimento como ser social capaz de vender sua força de trabalho ao capital, faz com que o mesmo entre em um conflito que emerge principalmente de uma incapacidade, alimentada pelos ditames do capitalismo.

Os trabalhadores incluídos no mercado de trabalho – regulamentados por leis trabalhistas – vivem uma configuração diferenciada do adoecimento. Essa configuração se dá pelas precárias formas de trabalho oferecidas a eles, de cunho exploratório, que sujeitam os trabalhadores a longas jornadas de trabalho, a banco de horas, ao desenvolvimento de tarefas de alta periculosidade, sem ao menos ofertarem equipamentos de proteção, além das inúmeras exposições nas quais os trabalhadores são expostos no seu dia a dia de trabalho.

O avanço tecnológico e as novas organizações do trabalho não trouxeram o anunciado fim do trabalho penoso, ao contrário, acentuaram as desigualdades e a injustiça social e trouxeram formas de sofrimento qualitativamente mais complexas e sutis, sobretudo do ponto de vista psíquico (LANCMAN, 2013, p. 33).

Cabe destacar que o processo de industrialização, além de reduzir significativamente a mão de obra de trabalho, traz em seu cerne um novo viés, a exigência de altas habilidades para a operação de máquinas de alta tecnologia, “que tendem a aprofundar a tensão nervosa” (SILVA, 2013, p. 59). O trabalhador, que até então trabalhava na companhia de humanos, vê-se a operar máquinas de alta eficiência, que passaram a substituir o seu trabalho. “[...] cada nova automatização faz aparecer novas dificuldades, ainda não previstas e não padronizadas, exigindo a elaboração de novo saber-fazer” (DEJOURS, 2008, p. 67). Assim, o empregado irá trazer para si não só a responsabilidade de seu trabalho, mas o desenvolvimento de habilidades para determinada operação. Esse trabalhador possivelmente passe por um treinamento rápido, que primeiramente poderá lhe deixar iludido ao pensar que este é um tipo de “reconhecimento”, mas, tão logo, irá sentir os custos de seu reconhecimento. É provável que o profissional não receba qualquer valor a mais para desenvolver a respectiva função, mas não há dúvida de que terá acrescido a seu trabalho muitas outras responsabilidades. Essa forma perversa nos ambientes trabalhistas é uma entre outras que acontecem e fundamentam, cada vez mais, a exploração do trabalhador.

Sabemos que as condições de trabalho têm repercussões diretas sobre a saúde dos trabalhadores, uma vez que expõem as pessoas a diferentes riscos de adoecer e de morrer. O estresse pela sobrecarga de tarefas, a menor ingestão de alimentos, a diminuição do repouso, a instabilidade dos horários, a exposição aos riscos químicos, físicos e biológicos e sociais, a ausência de lazer, o aumento das doenças e dos acidentes de trabalho, entre outras coisas, resultam em um maior desgaste da força de trabalho (MENDES, 2003, p. 49).

Os trabalhadores do serviço público, ainda que de forma mais amena, sofrem com as relações de trabalho, isso porque fazem parte do chamado mundo do trabalho, aquilo que os difere de uma forma generalista é a chamada estabilidade. A categoria dos servidores públicos, em muitos casos, é descaracterizada pela construção de um ideário de que o servidor é um funcionário do “governo”, e que dispõe de muitas regalias. Dessa forma, acabam por ser desconhecidos enquanto trabalhadores.

Os servidores públicos são recriminados socialmente, pois são vistos como “vagabundos”. As lutas são entendidas como pessoais e acabam por descaracterizar o servidor público enquanto trabalhador do Estado, enquanto profissional que atua na defesa e desenvolvimento de políticas em prol de toda a sociedade.

Esse reforço acontece a partir da visão do próprio Estado, ao entender que o seu trabalhador deve ser o reprodutor de suas ações e que, além disso, deve contentar-se por deter a chamada estabilidade. Dessa forma, seguem, inúmeras vezes, não sendo percebidos como trabalhadores.

Talvez um dos motivos dessa crítica social aos trabalhadores que vendem sua força de trabalho ao Estado seja oriunda de sua ausência enquanto implementadores de políticas sociais em prol da sociedade. Outro fator pode ser os altos índices de carga tributária que tais trabalhadores despendem de sua vida para manter um Estado que acaba por ser mínimo para os cidadãos. As possibilidades de entendimento dessa repulsa para com o servidor têm diversas origens que exigem um estudo aprofundado. Entretanto, é inegável que tal sentimento esteja alicerçado no descontentamento pela ausência do Estado enquanto provedor de direitos sociais aos cidadãos, fato que acaba projetando-se no servidor, que é percebido como representante do Estado, o que é afirmado na fala de (SILVA, p. 2013, p. 41): “esses se aliam às políticas governamentais, no sentido de ampliar os direitos sociais de quem dela necessitar, ou são cumpridores da lei, “guardiões e zeladores”, da ordem pública, conforme preconiza o Estado”.

Essa categoria, que tem esse estigma nas relações sociais, conquista melhores condições de trabalho por meio de lutas constantes, seja em assembleias para discutir posicionamentos enquanto trabalhadores e operados de políticas, na área da saúde, educação; seja nas infundáveis greves, que, de alguma forma, são esperadas pelos governantes, para que haja uma melhoria salarial, ou até mesmo

nas condições básicas de trabalho. Esses movimentos são sempre recriminados socialmente, pois são difundidos como ausência ao trabalho e desperdício de dinheiro público.

Cabe salientar que todos perdem quando um serviço fica parado, pois o servidor que está participando de um movimento, inevitavelmente, está mobilizado por melhores condições de trabalho e vida. Há uma desconsideração com esse trabalhador que também reivindica ações e melhores condições para a sociedade.

É também notório que existe uma cultura de que o servidor público não necessita de nada mais além de seu salário mensal, existe um imaginário de que necessite desenvolver seu trabalho a todo e qualquer custo, e que, enquanto servidor, já parte da premissa de necessidades já supridas, sejam elas em prol de sua saúde, qualificação etc.

No interior da categoria profissional de servidor público, há uma divisão de classes que reproduz a divisão social do trabalho no capitalismo: os mandatários, gestores, administradores, chefes etc., e os que executam (os dominados). No entanto, a imagem que a sociedade tem dessa categoria é unívoca e corporativista na defesa dos próprios interesses. Mesmo que suas ações e lutas incluam a defesa de políticas públicas gratuitas e de qualidade para toda a população (SILVA, 2013, p.40).

Essa relação que Silva destaca traduz alguns pontos principais da relação de trabalho oriunda do serviço público. É a partir desses mesmos pontos que se pode considerar o quanto essas relações corporativas e até mesmo pessoais no mundo do trabalho público se tornam danosas, não sendo diferente do universo dos trabalhadores do setor privado.

Conforme o histórico dessas infundáveis lutas, pode-se perceber a imensa discrepância das políticas voltadas aos servidores públicos federais. Fato que confirma o que fora discutido a respeito do olhar para com os servidores públicos. A Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores (PNSST) foi implantada no ano de 2009. “Em nosso país, a construção de uma política de saúde do trabalhador vinha sendo reivindicada desde os primórdios da reforma sanitária, nos anos de 1980” (SILVA, 2013, p. 23).

Essa tardia implantação de uma política fez com que os servidores públicos tivessem a inexistência de ações a seu favor, e ações fragmentadas. Outro fato relevante é que a inexistência de uma política afetou não somente ações em prol do servidor, mas também a cultura que foi disseminada entre os mesmos, oriunda do

pensamento de desvalorização enquanto trabalhadores. Esses servidores assumiram para si as responsabilidades por qualquer adversidade ocorrida no âmbito de sua vida enquanto profissional.

É preciso entender-se que as relações de trabalho ultrapassam as categorias nas quais estão inseridos, sejam eles públicos ou privados. O foco em questão é o olhar que é reproduzido aos trabalhadores desses dois setores.

Como já descrito, as lutas por melhores condições de trabalho ofertadas aos trabalhadores das diferentes categorias são lutas que ultrapassam séculos, momentos históricos e governantes. Elas são pertencentes ao cenário do trabalho, que vive uma constante mutação entre conquistas e desafios, que surgem cotidianamente no mundo do trabalho.

Dentro dessa perspectiva, os determinantes de conduta e avaliação, do bome do mau trabalhador são valores arraigados nas relações pessoais, de trabalho e sociais, sejam elas no cotidiano ou na forma do cuidado utilizada pela instituição ou Estado. “Daí a importância de considerarmos os padrões de relações de trabalho, tanto nas situações empíricas quanto nas de análise e compreensão, dentro de um espaço social e político em que o mesmo se realiza” (Fischer & Fleury, 1987, p. 38). Ao contrário, estaremos sempre incorrendo em percepções errôneas e carregadas de estigmas que virão a reforçar o sofrimento, a discriminação e as políticas de caráter compensatório ofertadas aos trabalhadores.

Vale destacar que quando se fala em produção e reprodução das relações sociais inscritas num momento histórico, sendo a questão social uma inflexão desse processo, trata-se da produção e reprodução – movimentos inseparáveis na totalidade concreta – condições de vida, de cultura e de produção de riqueza (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p. 52).

Sobre a saúde do trabalhador, por se tratar de tema em constante evolução, em que se trabalha com o mínimo, é quase impossível que se imagine que um dia serão ofertadas políticas sociais de maneira ideal.

O conceito de saúde é altamente dinâmico, devido às novas formas de adoecimento que têm origem nas relações políticas, econômicas e sociais.

No contexto atual, onde o trabalho se intensifica e se fragmenta, ao mesmo tempo em que as relações de trabalho se flexibilizam e a classe trabalhadora ganha novos contornos, novas exigências se colocam para a área da saúde do trabalhador. Tem-se a emergência de novas doenças profissionais, decorrentes da incorporação de tecnologias inovadoras aos processos produtivos, e de novas formas de organizar e gerir o trabalho, e a

coexistência de antigas manifestações de agravos à saúde do trabalhador (MENDES, 2011, p. 25).

Essa é uma situação dramaticamente agravada no quadro da globalização arrogante, dominada por um mercado irresponsável e direcionada por uma hegemonia neoliberal que, entre outros fatores, trava o desenvolvimento, promove o desemprego e exacerba a concorrência entre os diferentes grupos sociais (NOGUEIRA, 2005, p. 13).

2.2 A Política Nacional de Saúde do Trabalhador

As inter-relações entre trabalho e saúde são consideradas desde a antiguidade, entretanto não eram tratadas com seriedade, pois o trabalho desenvolvido eram as atividades laborais efetuadas por escravos; sendo assim, imperava o desinteresse por esse assunto. Somente em 1663, foram estabelecidos alguns princípios do conceito de medicina social, relacionados à saúde do trabalhador e às suas condições de vida social.

Na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial na Europa, um movimento que gerou grandes mudanças no modo de produção foi o que atentou para o fato de como a saúde dos trabalhadores, que passaram a trabalhar em ambientes insalubres, sem limites de carga horária de trabalho, estava sendo, escancaradamente, afetada. Mesmo assim, ficava a cargo do empregador determinar a forma como seria desempenhado o trabalho, porquanto ainda não havia nenhuma regulamentação das questões trabalhistas, gerando um crescente número de adoecimentos e mortes relacionadas à labuta.

Por todo sofrimento a que estavam submetidos, os trabalhadores organizaram-se por condições mais dignas de trabalho, buscando uma resposta positiva da burguesia frente a tal cenário. “Na longa história da atividade humana, em sua incessante luta pela sobrevivência, pela conquista da dignidade, humanidade e felicidade social, o mundo do trabalho tem sido vital” (ANTUNES, 2008, p. 1). Foi por meio da mobilização dos trabalhadores que “a evolução das condições de vida e de trabalho e, portanto, de saúde dos trabalhadores não pode ser dissociada do desenvolvimento das lutas e das reivindicações operárias em geral” (DJOURS, 2015, p. 14). Diante dessas mobilizações, a burguesia passa a adotar medidas que, primeiramente, “acalmaram” os trabalhadores, para que, logo

após, começassem a ser adotadas medidas de atenção médica e de riscos relacionados ao trabalho.

Paralelamente às medidas adotadas para acalmar os trabalhadores que sofriam mundialmente com a degradação do trabalho, começaram, também, a ser pensadas ações relacionadas ao enfrentamento do adoecimento no trabalho. Com esse enfoque, foi organizado o 1º Congresso Internacional de Doenças do Trabalho, na cidade de Milão, em 1906, onde foi montada uma comissão permanente internacional de saúde ocupacional, com o intuito de organizar um congresso internacional a cada três anos. O 2º Congresso Internacional aconteceu em Bruxelas, em 1910, e teve como destaque a equiparação de acidentes do trabalho e doenças profissionais para fins legais, já com o objetivo da criação de uma tabela das doenças profissionais.

Com a eclosão da 1ª Grande Guerra, todas essas ações que vinham sendo organizadas em prol da saúde do trabalhador foram adiadas, voltando à pauta somente em 1919.

Em 1919, aconteceu a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), instituída como uma agência da Liga das Nações. Essa assinatura ocorreu no Tratado de Versalhes – tratado de paz que encerrou oficialmente a Primeira Guerra Mundial.

A OIT foi criada com base em argumentos humanitários, políticos e econômicos. Os argumentos humanitários tinham como foco trabalhar as condições injustas e degradantes de muitos trabalhadores; os políticos tinham como objetivo trabalhar os riscos sociais que ameaçavam a paz; os econômicos tinham como foco a responsabilidade de os países que não adotassem condições humanas de trabalho serem vistos como obstáculo para o implemento de condições dignas em outros. Logo do seu início, as suas primeiras garantias tinham o foco no desgaste do trabalhador, começando por regulamentar a carga horária de trabalho.

A OIT é referência na questão trabalho e, ao longo dos anos, vários documentos foram lançados, sempre em prol das garantias e direitos dos trabalhadores. Cabe destacar alguns documentos que representaram e representam o processo dessa luta histórica.

No ano de 1998, a Conferência Internacional do Trabalho instituiu a Declaração dos Direitos e Princípios Fundamentais no Trabalho, em que se definiram quatro princípios fundamentais: o respeito à liberdade sindical e de

associação e o reconhecimento efetivo do direito de negociação coletiva; a eliminação de todas as formas de trabalho forçado ou obrigatório; a efetiva elaboração do trabalho infantil e a eliminação da discriminação em matéria de emprego e ocupação (SANTIAGO, 2016, p. 02).

A declaração confirma a necessidade de implantação de políticas que mobilizem os países a darem condições dignas aos trabalhadores e aos que são expostos a ele sem qualquer condição. A OIT sinaliza para as diversas posições que o trabalho ocupa, tanto na questão sindical, na eliminação da discriminação, como no trabalho infantil, tema que merece constante discussão para que haja, de fato, a sua erradicação, uma vez que ainda é realidade em diversos países domundo.

Passados dez anos, a OIT, em sua 97^o sessão, na Conferência Internacional do Trabalho, emitiu a Declaração sobre Justiça Social para uma globalização equitativa. Esse documento representou um marco no que tange à globalização, pois o mundo estava vivendo uma desigualdade em grande escala: alguns países estavam vivendo o ápice do desenvolvimento, enquanto outros sofriam com o declínio do mundo globalizado e, conseqüentemente, injusto.

Frente a essa realidade, no ano de 1999, a OIT formalizou o termo “trabalho decente”, termo ao encontro do que fora declarado no ano de 1998, quanto às relações construídas a partir do mundo globalizado. O “trabalho decente” tornou-se objetivo central das políticas propiciadas pela referida organização. O trabalho decente tem como princípios os objetivos estratégicos da OIT, que são: o respeito às normas internacionais do trabalho, em especial aos princípios e direitos fundamentais do trabalho; a promoção do emprego de qualidade; a extensão da proteção social e o fortalecimento do diálogo com o social. Esses princípios corroboram com as políticas internacionais e nacionais em prol do progresso social econômico.

No Brasil, no início do século XX, foi iniciado o processo de industrialização na região sudeste, oriundo da exportação do café, surgindo, conjuntamente, a preocupação com as doenças relacionadas ao trabalho. Nesse mesmo contexto, os movimentos começaram a questionar a insuficiência da adoção somente de medidas sanitárias, acrescentando que o trabalhador precisava ser visto em sua integralidade de envolvimento com o trabalho. Era preciso considerar, dentre outros, fatores como a duração da jornada de trabalho, o trabalho noturno, o trabalho infantil, o trabalho feminino, a idade mínima para o trabalho. “Essa multiplicidade de conhecimentos

deve se constituir num núcleo central que parte da compreensão das diferentes dimensões que envolvem os processos de saúde e doença” (MENDES, 2011, p. 43).

No Brasil, em 1917, nasceu o projeto do código de trabalho, contudo sem muita perspectiva de entrar em vigor devido à pressão exercida pelos empresários durante o tempo em que tramitou no Congresso Nacional. Entretanto, devido ao grande movimento que estava sendo gerado em torno da questão do trabalho, em 1919, foi aprovada a 1ª lei de acidentes do trabalho, mas do projeto do código do trabalho não se falou mais. Assim, observa-se que, como forma de abrandar os movimentos que buscavam condições dignas de trabalho, foi aprovada a lei dos acidentes do trabalho.

Com o passar dos anos, diante de muitos movimentos, foi aprovada, em 1923, a Lei Eloy Chaves, que instituiu as CAPs (Caixas de Aposentadoria e Pensão), que tinham como objetivo prestar benefícios e assistência médica a seus filiados e dependentes. Com as CAPs, foi instituído um seguro social de caráter assistencialista de forma tripartite (empregador, empregado e Estado). Na década de 30, criou-se o Ministério do Trabalho, da Indústria e Comércio e promulgou-se a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, com o objetivo de regulamentar o trabalho.

Entre 1933 e 1938, as CAPs foram sendo absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), que tiveram como um dos seus diferenciais a administração direta do Estado e a congregação dos trabalhadores por categoria profissional. Entende-se que, mais uma vez, os trabalhadores foram categorizados com o intuito de oferecer determinados benefícios a uns em detrimento de outros, conforme a categoria que integrassem.

Já na década de 40, a preocupação com os acidentes e doenças profissionais levou ao estudo das patologias do trabalho, tendo em conta o panorama econômico do país que incluía crescimento e desenvolvimento industrial. Tais condições induziam o avanço dos níveis de adoecimento, incluindo as mais diversas doenças.

No ano de 1960, foi instituída a LOPS (Lei Orgânica da Previdência Social), que surgiu do movimento dos trabalhadores em busca de uniformização dos direitos. Em 1964, com o golpe militar, o Estado unificou a previdência, e criou, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), assim, o seguro de acidentes passou a ser responsabilidade da Previdência Social.

A década de 70 foi marcada por retrocessos e avanços do ponto de vista dos direitos dos trabalhadores. Os retrocessos aconteceram devido à grande expansão da indústria pesada, ocorrendo um aumento considerável no número de acidentes, paralelamente à dificuldade na concessão dos benefícios. Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que tinha por objetivo a abertura para ações de atenção integral na rede pública, e incluía planejamento e participação popular na gestão do sistema. Os avanços também são advindos do novo sistema, como inclusão de novas categorias profissionais, como a dos trabalhadores rurais, expansão do salário maternidade (que antes era responsabilidade das empresas), inclusão das empregadas domésticas e dos trabalhadores autônomos mediante contribuição à previdência. O SINPAS era composto por diversos órgãos, dentre eles o INPS, INAMPS, IAPAS, DATA PREV, LBA, FUNABEM E CEME.

No ano de 1978, aconteceu a Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata, que tinha como lema: Cuidados na atenção primária para todos, aumento do acesso, participação da comunidade.

Em 1979, ocorreu o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela comissão de saúde da Câmara de Deputados. Nessa oportunidade, o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), apresentou proposta de reorganização do sistema de saúde. Nesse mesmo ano, começaram a ser constituídas comissões e departamentos com o intuito de criar ambientes de discussão e socialização das doenças e todo tipo de mal que acometiam os trabalhadores.

No final dos anos 70 e início dos anos 80, as necessidades sociais foram agravadas de forma avassaladora. Nesse contexto, os movimentos sociais começaram a se mobilizar, dando início ao Movimento da Reforma Sanitária, que tinha como propósito a construção de uma “nova” política de saúde, tendo como caráter principal a universalização.

Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), tendo grande participação popular; dentre esses, usuários, universitários, trabalhadores, além de diversos segmentos da sociedade. A VIII Conferência foi um marco político para a transformação da saúde no Brasil, com o reconhecimento de que o direito à saúde está entre os direitos básicos do cidadão, sendo dever do Estado executá-lo. Ainda nessa mesma conferência, foi fixado, entre outros, um olhar ampliado sobre o

que é saúde, ou seja, sua amplitude social, aquilo que o ser humano necessita para a sobrevivência, como habitação, alimentação, renda, trabalho e educação.

Esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde condizente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-la. “Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população” (conselho.saude.gov.br, p. 04, acessado em 31/12/2015).

A mobilização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) culminou, ainda no ano de 1986, no acontecimento da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST). O objetivo era aglutinar forças para que, além do direito amplo à saúde, os trabalhadores fossem vistos em suas peculiaridades. Para que essa discussão fosse de amplo espectro, agregaram-se diversos setores da sociedade para organizar e discutir a referida conferência às diversas representações dos trabalhadores já existentes. Dentre os muitos setores envolvidos, destacam-se a Central Única dos Trabalhadores (CUT); Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT); Ministério da Educação (ME); Ministério do Trabalho (MT); Ordem dos Advogados do Brasil (OAB); além de outras entidades representativas.

Dessa organização, culminaram as pré-conferências estaduais e municipais, que tinham como objetivo aglutinar as demandas de cada Estado e Município, podendo, assim, ampliar olhares e proposições para o que estava acontecendo nos diversos lugares do Brasil. Dessas pré-conferências, resultaram os três eixos prioritários de discussão para a Conferência Nacional. Esses temas foram: Diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores, Novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores e a Política nacional de saúde e segurança dos trabalhadores.

O primeiro tema discutido, que se referia ao diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores, traz um cenário de total descaso com o trabalhador, sendo a dominação dos interesses mercantis e a subordinação ao capital a síntese das discussões. Segundo dados do relatório:

As origens do quadro atual da dramática situação da saúde do trabalhador são a própria formação da sociedade brasileira e na implantação do capitalismo brasileiro, estando o Estado sempre a serviço da classe dominante, situação essa acentuada nos últimos 21 anos de ditadura, com brutal espoliação e amordaçamento das classes dominadas (cnssc.org.br, p. 7, acessado em 31/12/2015).

O segundo tema tinha como foco as novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores. Então, diante do cenário e das discussões realizadas, foram destacados vinte e sete pontos, com diversos subitens que nortearam as proposições. Dentre esses, destacam-se no relatório da conferência: “Por um sistema único estatal, descentralizado, regionalizado, igualitário, de boa qualidade, que garanta atendimento integral a toda população, assegurando-se aos trabalhadores a participação na formulação da política, administração e gestão do sistema de saúde, em todos os seus níveis”; “Inclusão no Sistema Único de Saúde (SUS) de programas específicos de atendimento ao trabalhador, realizados pela rede pública, com condições de pleno acesso aos diversos níveis de atendimento à saúde”; e, “Criação de um sistema de vigilância epidemiológica de acidentes e doenças profissionais e o trabalho que contemple”.

Diante dessas especificações, ficou evidente que o foco na saúde do trabalhador teria muitos avanços e, ainda que se tratasse de uma questão incipiente, foi possível identificar que as questões tinham a amplitude dos direitos a uma vida humana digna, desde seus preceitos básicos até as garantias com foco trabalhista.

O terceiro tema abordado foi a Política Nacional dos Trabalhadores, que teve diversos pontos discutidos com destaque para alguns elencados no relatório final da conferência como: “A política de saúde do trabalhador deve ser entendida dentro do contexto da política geral da saúde, fazendo parte desta. A formulação da política fará parte, portanto, do Sistema Único de Saúde (SUS), sob o controle dos trabalhadores”; “Garantia de que o controle do absenteísmo não seja atribuída de prepostos das empresas, devendo estas receberem qualquer atestado médico e odontológico, eliminada a exigência de identificação do diagnóstico”; “Que toda legislação seja modificada e redigida em linguagem clara, compreensível e sem ambiguidades, para que todos trabalhadores tenham acesso à mesma”.

A primeira conferência em saúde do trabalhador, que aconteceu no mesmo ano da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), já enfatizava que o trabalhador deveria ter condições dignas de trabalho e uma de suas prerrogativas como cidadão seria o controle dos seus direitos.

Em 1988, a partir da Constituição Federal, ficou estabelecido que “A saúde é direito de todos e dever do Estado e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art.196). Ainda na Constituição Federal ficou estabelecida a garantia de direitos à saúde dos trabalhadores, “Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” (art.200).

Agora o Estado é um espaço de luta política pela incorporação do direito dos dominados, na perspectiva da construção de contra hegemonia, ao planejar e executar políticas públicas que atendam as demandas sociais dos trabalhadores organizados, visando a implementar propostas de Saúde Pública que permitissem a gestão e seu controle social compartilhado, o que foi incorporado pelo SUS (LACAZ, 2007, p.762).

Passados dois anos da Constituição de 1988, surgiu a Lei Orgânica da Saúde, (Lei nº 8.080/90), que, de forma mais clara, deu, novamente, ênfase à Saúde do Trabalhador no seu artigo sexto:

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

No ano de 1991, o Ministério da Saúde promoveu o I Seminário Nacional de Saúde do trabalhador, oportunidade que reuniu todos os Estados, nesse caso, representados por coordenadores de Programas de Saúde. Esse seminário teve como objetivo discutir detalhadamente a Lei 8.080.

Em 1993, foi constituída a organização Interministerial de Saúde do Trabalhador, cujo objetivo era, principalmente, a atuação conjunta dos diversos órgãos do governo a favor da saúde dos trabalhadores.

No ano de 1994, aconteceu a 2ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador, que foi coordenada pelos Ministérios da Saúde e Trabalho. O tema central foi “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador”, representando, assim, um passo decisivo na construção da política pública. Os temas complementares da conferência foram elencados em três pontos: Desenvolvimento, Meio Ambiente e Saúde, O cenário da saúde do trabalhador de 1986 a 1993 e perspectivas e Estratégias de Avanço na Construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Dentre os diversos pontos discutidos, um dos mais importantes foi a

proposta da unificação de todas as ações de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda na 2ª Conferência, houve a mobilização de diversos grupos sociais, de trabalhadores e sindicatos para que houvesse a implantação da política nacional de Saúde do Trabalhador. Um dos grandes avanços obtidos foi a implantação da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST), que foi confirmada no ano de 1998, e tornou-se um guia para o desenvolvimento dos trabalhos na área, nos estados e municípios. Essa norma tinha como objetivo organizar os sistemas de informação, recursos humanos, dentre outras questões que foram abordadas neste documento.

Em 1998, foi expedida portaria MS n. 3120/98, que preconizava, dentre outros aspectos, a implementação de subsídios para o desenvolvimento de ações em vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

No ano de 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). Essa rede tem como principal objetivo desenvolver ações já iniciadas na década de 80, articulando ações em prol da saúde do trabalhador, na perspectiva intersetorial, demarcadas em três pilares, sendo eles: assistência, vigilância e promoção à saúde; buscando, assim, garantir uma atenção integral à saúde dos trabalhadores. Essa implantação se deu de forma articulada, entre Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

No ano de 2004, começou a elaboração da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), a qual contou com a participação de um trabalho conjunto entre Ministério da Saúde, Previdência Social e Trabalho e Emprego, além de diversos atores sociais.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador aconteceu no ano de 2005, um momento que aglutinou grande participação, sendo representados os três ministérios (Saúde, Trabalho e Emprego, Previdência Social) e ainda o envolvimento de diversos segmentos sociais. Foram 362 resoluções aprovadas, mas conforme afirma MENDES (2005, p. 08), “temos a obrigação de nos questionar e de procurar investigar as causas desta lentidão no processo de criação e de implementação de uma Política Nacional em Saúde do Trabalhador, tanto a nível Federal como Estadual e Municipal”. Essas resoluções aprovadas convergem em direção a

assuntos já debatidos e que, necessariamente, precisam estar inseridos em uma política que garanta os direitos aos trabalhadores.

No ano de 2006, por iniciativa da OIT, o Brasil lançou a Agenda Nacional de Trabalho Decente (ANTD). A Agenda definiu três prioridades: a geração de mais e melhores empregos, com igualdade de oportunidades e de tratamento; a erradicação do trabalho escravo e a eliminação do trabalho infantil, em especial em suas piores formas; e o fortalecimento dos atores tripartites e do diálogo social como um instrumento de governabilidade democrática. As organizações de empregadores e de trabalhadores devem ser consultadas permanentemente durante o processo de implementação da Agenda (OIT/BRASIL,2016).

No ano de 2011, foi instituída, por meio do Decreto nº 7.602, a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST), que apresenta:

OBJETIVO E PRINCÍPIOS

I – A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho;

II – A PNSST tem por princípios:

- a) universalidade;
- b) prevenção;
- c) precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação;
- d) diálogo social;
- e) integralidade;

III – Para o alcance de seu objetivo a PNSST deverá ser implementada por meio da articulação continuada das ações de governo no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde, com a participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores; A saúde do trabalhador entende o social como o determinante das condições de saúde. Sem negar que os doentes devem ser tratados e que é necessária a prevenção de novas doenças, privilegia ações de promoção da saúde. Entende que a múltipla causa das doenças tem uma hierarquia entre si, não sendo neutras e iguais. Há, portanto, algumas causas que determinam outras. Diferentemente das visões anteriores, propõe que os programas incluam a proteção, recuperação e promoção, de forma integrada, da saúde.

No ano de 2012, após a implantação da PNSST, foi instituída, por intermédio da Portaria nº 1.823, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Essa Portaria objetivou detalhar as ações a serem implementadas aos trabalhadores e trabalhadoras.

A 4ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador realizou-se no final do ano de 2014 e apresentou como tema central: “Saúde do Trabalhador e da

Trabalhadora, Direito de todos e todas e Dever do Estado”. Um dos temas salientados no contexto da conferência foram as mortes ocorridas nos ambientes de trabalho; somente no ano de 2014 morreram 2.797 pessoas em acidentes de trabalho, casos em que houve notificação. É sabido que esse número é maior, pois muitos acidentes ainda não são notificados e, assim, não contabilizados.

Os números e dados são alarmantes, pois – ainda que se tenha avançado nas políticas para os trabalhadores – o Brasil ocupava, até o final do ano de 2014, o 4º lugar no ranking de mortes no trabalho, em relação com o mundo, perdendo somente para China, Estados Unidos e Rússia (Revista Proteção, 2014).

Até o ano de 2014, foram contabilizadas quatro conferências nacionais em saúde do trabalhador, tendo ocorrido nos anos de 1986, 1994, 2005 e 2014.

A construção da saúde do trabalhador brasileira vem constituindo sua história ao longo dos anos. Conforme (MENDES et al, 2005):

No Brasil, direitos sociais como a saúde pública, só foram reconhecidos nas últimas décadas do século XX. Nesse período, o Movimento de Reforma Sanitária, a VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde e a consolidação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) foram primordiais.

Todavia, é fundamental destacar que, embora se tenham obtidos avanços na construção da saúde do trabalhador em nível nacional, torna-se notório que alguns trabalhadores, de regimes trabalhistas diferenciados, tiveram seus direitos alicerçados de forma diferente. Podemos destacar que os servidores públicos federais, regidos pelo RJU, durante anos, tiveram a seu dispor somente ações de caráter paliativo, sendo ofertado aos mesmos o atendimento de questões emergentes.

2.2.1 A Política de saúde do trabalhador para os Servidores Federais

No ano de 1990, houve a implantação do Regime Jurídico Único (RJU), regime destinado aos servidores públicos federais. A Lei nº 8112/1990, que dispõe sobre o Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais, visa regulamentar as relações de trabalho entre os servidores da União; destacando, assim, seus direitos e deveres. Dentre as orientações, trouxe, em um dos seus artigos, disposições sobre a saúde do servidor, o que pode ser destacado no artigo 230:

Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento (BRASIL,1990).

No referido artigo, já é possível perceber a dispersão da saúde a ser ofertada aos servidores, fato que se confirma pelas diversas possibilidades de atuação. Assim, não determinando um modelo de saúde no qual o servidor fosse ter seu atendimento garantido. No momento em que é colocado, o Sistema Único de Saúde (SUS) como norteador da política, é também destacada a possibilidade de convênios e contratos para o mesmo fim.

Ao que parece, era preciso determinar um modelo de cuidado de saúde do trabalhador, mas que o Estado não se propunha a ofertar ações eficazes enquanto responsável por determinada ação. Dessa forma, foram sendo criados diferentes serviços; gerando, assim, uma enorme disparidade entre a oferta de saúde aos trabalhadores. Dependendo da instituição e dos interesses a que se propunha para com seu servidor, era o modelo de saúde do trabalhador adotado, foram sendo instituídas as estruturas institucionais, critérios periciais diversos e, assim, consolidavam-se as questões relacionadas à saúde do servidor.

Essa implantação, que ocorreu a partir da referida legislação, trouxe à tona uma liberdade que ia muito além dos desejos de implementação da política de saúde dos trabalhadores, mas, sim, entoava o cenário político vivido em determinada época. Já na década de 1990, podiam ser percebidas transformações políticas, principalmente no governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso. Segundo Bhering e Boschetti (2011, p. 148), “aconteceram as “reformas” orientadas para o mercado, num contexto onde os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais a profunda crise econômica e social, vividas pelo país desde os anos de 1980”. Essas reformas aconteceram em torno de privatizações e, acima de tudo, houve o desconhecimento das conquistas oriundas da CF. de 1988.

A vista panorâmica das organizações públicas do campo técnico-burocrático e científico como as universidades públicas, por exemplo, permite vermos uma situação assustadora: as organizações são pressionadas a partir de fora via cortes orçamentários ou imposições políticas, por exemplo, e não estão conseguindo contar com boas e qualificadas respostas a partir de dentro delas. E isto seguramente despoja os governos e os movimentos sociais de um aparato intelectual e operacional decisivo para fazer com que certas políticas ganhem maior consistência, maiores chances de implementação, maior rigor técnico e assim por diante (NOGUEIRA, p. 16, 2005).

Diante desse cenário, viveu-se quase que de imediato a implantação do (RJU), as implicações de um regime em que não se propunha uma política que de fato atendesse à saúde dos servidores, mas, sim, que estivesse pautada, antes de qualquer coisa, nos aspectos jurídicos da Lei. Assim, é fato que as questões relativas à saúde e à segurança ficaram esquecidas diante da conjuntura política que era vivenciada. Fato que reforçava a tese de que a saúde do trabalhador público federal é pertencente ao privatismo, seja advindo de ações das instituições, como políticas internas ou retratadas pela velha lógica de que o servidor público não necessita de políticas a seu favor, podendo, assim, cuidar e dar conta de sua própria saúde.

Em meados do ano 2000, por meio de mobilizações oriundas dos servidores e dos sindicatos de representação das categorias, que pressionavam pela implementação de Políticas de saúde e segurança aos servidores públicos e diante do cenário do recém-eleito governo brasileiro, que propunha a “revitalização do Estado, o qual deveria ter um papel ativo na redução das desigualdades e na promoção do desenvolvimento” começou a ser implantada a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (PASS).

A PASS é definida como:

O processo de democratização das relações de trabalho que visa debater questões relativas à saúde e à promoção da saúde no trabalho do servidor público federal, bem como estimular as organizações de saúde por locais de trabalho. É uma das estratégias para a melhoria das condições ambientais do trabalho e de valorização do servidor público e a sensibilização de gestores e servidores para as questões da saúde no trabalho que propiciem mudanças de atitude e possibilitem tomada de decisão (SILVA, 2013, p. 104).

Após a definição da implantação, então começaram a ser criados grupos de trabalho, com representações de diversos ministérios com o intuito de reavaliar o

Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador (GEISAT) e avaliar as ações até então realizadas em prol dos servidores.

No ano de 2006, o Decreto Lei nº 5.961 instituiu o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP), que tinha como principal objetivo, orientar a realização dos procedimentos de saúde e segurança.

Diante do cenário apresentado, na implementação do SISOSP, já em suas primeiras reuniões, visualizou-se a necessidade de mudança nessa estrutura, então se começou um novo processo de discussões e revisões dos conceitos e instrumentos legais que faziam parte da referida implementação.

Essa análise permitiu ao Governo federal formular uma política de atenção à saúde e segurança do servidor público. Então, foi instituído pelo Decreto 6.833 de 2009 o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS, que define, em seu art. 3º, as suas principais diretrizes:

Art. 3º Para os fins deste Decreto, considera-se:

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

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

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

O Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS prevê, além dos três grandes eixos – assistência, perícia, promoção e vigilância à saúde – uma ferramenta de comunicação, o Portal do SIASS, com o objetivo de integrar e divulgar ações, legislações, dicas de saúde, notícias, artigos, eventos e toda informação que for necessária para o fortalecimento da construção coletiva, que é essa nova Política de Atenção à Saúde do Servidor.

O SIASS não visa definir formas de gestão internas aos órgãos, mas sim organizá-las, estimulando a realização de convênios intermediados pela Secretaria de Recursos Humanos, do Ministério do Planejamento, em prol da padronização dos procedimentos legais, como a padronização dos serviços de saúde e perícia médica, o uso racional dos recursos humanos, financeiros e materiais, da gestão das informações sobre saúde e da promoção de ações de atenção à saúde do servidor.

Nesse sentido, podem ser citadas a seguinte ação: articulação de uma rede de serviços por meio de um sistema de informações.

A instituição do SIASS visou possibilitar, fora os eixos citados, a transparência para a Administração Pública Federal – APF, as informações referentes à vida do servidor público, relacionadas à saúde dos trabalhadores. Dentre essas informações e serviços, há uma diversidade de serviços ofertados aos servidores no Portal Siape-saúde, conforme cita Pérez (2011, p.7):

- O acesso ao ambiente seguro do Siape-saúde é exclusivo para os usuários cadastrados em um sistema de segurança, denominado Senha-rede. Este sistema garante a inviolabilidade das senhas, tornando seguro os acessos ao SIAPÉ SAÚDE e registrando através de LOG, todas as ações executadas pelos usuários.
- O Sistema Siape-saúde possibilita o registro e controle de todos os Profissionais (peritos e outros profissionais envolvidos no funcionamento do sistema), bem como das licenças concedidas de acordo com as patologias relacionadas com CID (Classificação Internacional de Doença), preservando o sigilo destas informações, conforme os princípios do código de ética médica.
- O sistema permite o registro dos prontuários dos Servidores Públicos, contendo informações das anamneses, exames complementares, exames físicos, CID, diagnósticos.
- Os servidores públicos federais e a área de RH do Órgão podem agendar as Perícias Médicas via sistema. Após o registro de agendamento, o sistema faz a comunicação ao RH do Órgão e ao Chefe imediato do Servidor.
- É disponível o registro dos exames médicos periódicos e dos laudos emitidos pelos peritos e outros profissionais técnicos da área de saúde. Cada Unidade de Saúde tem o controle das vagas disponíveis/utilizadas de acordo com os atendimentos realizados.
- Cabe ao sistema o registro de acidentes e doenças relacionadas a todo o histórico laboral do servidor público. O sistema possui um módulo de informações gerenciais para facilitar a gestão saúde do servidor e também para tomada de decisões pelos Órgãos competentes responsáveis pela área de saúde do Servidor Público.
- O sistema verifica o registro no CRM (Conselho Regional de Medicina) do Médico emissor do atestado médico e o registro no CRO (Conselho Regional de Odontologia) do Cirurgião-Dentista, bem como o código da CID (Classificação Internacional de Doenças) informado no momento do recebimento do atestado médico.
- O servidor pode solicitar a reversão da sua aposentadoria, caso queira voltar ao serviço público. Para isto deverá ser submetido a uma nova avaliação por junta pericial.
- O sistema contempla o registro e o acompanhamento da readaptação, que consiste na investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental verificada em inspeção médica.
- No sub-módulo promoção e vigilância aos ambientes e processos de trabalho, ora em desenvolvimento, o sistema deverá registrar as condições de cada local de trabalho e acompanhar se o adoecimento do servidor tem relação com estes ambientes de trabalho, através da inspeção ambiental, de forma a permitir o estabelecimento com o nexos do adoecimento às condições do local de trabalho. Este sub-módulo permitirá, ainda, o registro

de programas de promoção à saúde, desenvolvidos pelos diversos órgãos, de forma a ampliar a disponibilização do acesso para os servidores.

- O sistema permite controlar os benefícios com isenção de IR para o caso dos servidores aposentados por invalidez (doença especificada em Lei) e pensionistas.

Outra proposição da política de saúde ofertada aos servidores foi a implantação da assistência de saúde suplementar; no âmbito da FURG, a adesão aconteceu no ano de 2008. Esse é um auxílio de caráter indenizatório, para a adesão dos servidores a um plano de saúde privado. Nesse caso, o servidor contrata o plano de saúde com uma operadora de saúde privada e o governo realiza o reembolso de uma parcela significativa, mediante folha de pagamento. Esse benefício é para os servidores e seus dependentes.

Mesmo que tenha sido garantido na Constituição Federal de 1988, em seu Art. 7º, que “São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social, destacado no inciso XXII como a “redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança”, indicando como meio de proteção aos trabalhadores o Sistema Único de Saúde (SUS). “O Governo Federal fez a opção por conceder benefício financeiro para o custeio parcial de planos de saúde com operadoras de autogestão, por meio de convênios ou com a iniciativa privada, por meio de contratos” (SARMENTO E PRAZERES, 2010, p.211).

Ainda diante das implantações políticas em prol dos servidores públicos federais, cabe destacar a parceria público/privada no atendimento à saúde, o que, conforme afirma REIS (2000, p. 124):

...por sua vez, o Governo Federal, ao alocar per capita aos servidores públicos com recursos financeiros do Orçamento da Seguridade Social (OSS), torna forçosamente seu gasto público em saúde iníquo. Nessa perspectiva, comprova-se o seguinte dilema: o próprio Estado evidencia a falência do SUS ao não propor alternativas médico-assistenciais para os trabalhadores do setor público, revelando o caráter complexo da suarelação com osplanos...

Diante dessa afirmação, pode-se identificar que o próprio governo deixa de investir no Sistema Único de Saúde (SUS), repassando aos planos privados parte significativa para o desenvolvimento de atendimentos que poderiam ser prestados pelo Sistema Público de Saúde.

Cabe destacar, ainda, que os atendimentos e serviços prestados pelos planos de saúde privada acabam sendo desenvolvidos, em sua maioria, no âmbito de entidades financiadas pelo SUS, ou seja, o governo paga duas vezes pelo serviço, pois, além de repassar valor aos planos de saúde privada, os serviços desenvolvidos acabam sendo prestados em instituições públicas que mantêm parcerias para execução de serviços privados. Esses valores que a rede privada irá repassar à pública, em caso de convênio, são muito abaixo dos custos estabelecidos e pagos pelo SUS.

Assim, é visível que esse deslocamento, que acontece da esfera pública para a privada, acaba por destituir o fortalecimento do SUS, enquanto política pública de direito a todos os cidadãos que dele necessitarem, levando a uma lógica privatizante e, assim, fomentando as diversas relações impostas pelo capital como necessárias ao desenvolvimento econômico.

Cabe salientar que a saúde do trabalhador percorreu uma longa caminhada até que tivesse, ainda que muito tardiamente, os seus direitos adquiridos, como citado no histórico apontado anteriormente.

A área de Saúde do trabalhador, no Brasil, tem uma concepção própria, reflexo da trajetória que lhe deu origem e vem constituindo seu marco referencial, seu corpo conceitual e metodológico. A princípio é uma meta, um horizonte, uma vontade que entrelaça trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e pesquisadores sob premissas nem sempre explicitadas. O compromisso com a mudança do intrincado quadro de saúde da população trabalhadora é seu pilar fundamental, o que supõe desde o agir político, jurídico e técnico ao posicionamento ético, obrigando a definições claras diante de um longo e, presumidamente, conturbado percurso a seguir (MINAYO-GOMES E THEDIM-COSTA, 2007, p. 04).

Contudo, é perceptível que o atendimento à saúde do servidor público federal levou mais tempo a ser desenvolvido. É razoável pensar que essa tardia evolução se dá pelo reducionismo das ações do Estado em investimento em políticas sociais e pelo estigma de que os trabalhadores públicos “ganham” o suficiente para cuidarem de sua saúde autonomamente. Segundo Silva (2013, p. 36), “nesse sentido aponta-se para uma inadequada prestação de serviços públicos, a desconfiança da população em relação a eles, o desprestígio do funcionalismo público registrado nas últimas décadas e a dispersão de esforços e recursos na ação governamental”.

Sob essa perspectiva, observa-se que a política de saúde do trabalhador para os servidores federais não é questão unânime no cenário nacional. Dessa forma, os serviços, ainda hoje, são desenvolvidos conforme os interesses institucionais. Pode-se observar que, ainda que tardiamente implantado, o aparato técnico, prescrito nas Leis, torna-se ineficiente para que se obtenha uma política que, de fato, atenda às necessidades dos servidores. É necessária a conscientização de que os trabalhadores necessitam de políticas eficazes, permanentes, que atendam desde as demandas básicas às cotidianas e às mais complexas, que envolvam, de alguma forma, os servidores públicos federais.

3. A Saúde do Trabalhador na FURG: o contexto e a proposta da pesquisa

Com o intuito de refletir sobre a saúde do trabalhador no contexto da Universidade; inicialmente, discorre-se sobre a criação e o desenvolvimento da FURG. Em seguida, com a pretensão de trazer maior aproximação com a realidade da Universidade, apresenta-se a Estrutura Organizacional da Universidade, seguida do Histórico da Atenção à Saúde do Servidor na FURG e a atual estrutura, bem como a Unidade de Atenção à Saúde do Trabalhador na FURG e a proposta da pesquisa.

3.1 A criação e o desenvolvimento da FURG

Este capítulo contém um breve histórico da Universidade Federal do Rio Grande. Na segunda metade do século XX, o município do Rio Grande tinha carência total de escolas de nível superior, o que levava muitos estudantes a migrarem do município para obterem estudo em outros centros que lhes oportunizassem o acesso a essa fase do processo educativo. Junto a essa migração, também se vivenciava um retrocesso cultural e socioeconômico no município, haja vista que os estudantes que migravam para outros centros de ensino não mais retornavam para Rio Grande.¹

¹Para obter um breve histórico da criação da Universidade Federal do Rio Grande, foi realizada pesquisa no Núcleo de Memória da Universidade (NUME), em documentos, *site* da Universidade e conversas com servidores antigos da universidade, onde pode-se resgatar os principais momentos dessa história

Vislumbrando essa realidade e com o intuito de mudar os rumos dessa história, foi criada a primeira Escola de Engenharia em Rio Grande. Como a Escola deveria ter uma unidade mantenedora, nos moldes impostos pelo Ministério da Educação (MEC), foi instituída, em 1953, a Fundação Cidade do Rio Grande. Primeiramente, o curso funcionava com aulas teóricas na “Biblioteca” Rio-Grandense e com aulas práticas realizadas nas indústrias de Rio Grande.

Em 1955, foi autorizado o funcionamento da Escola de Engenharia Industrial, e, assim, a Fundação Cidade do Rio Grande deu início à construção de um prédio próprio no posteriormente chamado Campus Cidade, localizado no centro de Rio Grande. Esse curso era de caráter particular, até ser federalizado pela Lei nº 3.893 de 1961.

Assim, o desenvolvimento de diversos cursos se deu rapidamente, em uma proporção avassaladora. Em 1968, já existiam vários cursos superiores no município, dando conta de grande parcela da demanda gerada por parte dos jovens que concluíam suas etapas de formação e migravam para a formação superior então oferecida localmente.

Em 1969, foi aprovado o decreto nº 65.462 da Fundação Universidade do Rio Grande como entidade mantenedora da FURG e sancionou-se o primeiro Reitor. O desenvolvimento da Fundação Universidade continuou acontecendo em grande escala. No ano de 1971, a FURG recebeu da Prefeitura Municipal do Rio Grande uma área de 250 hectares para a implantação do novo campus universitário, hoje denominado Campus Carreiros.

O corpo docente, inicialmente, era formado por professores com formação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e que também trabalhavam nas indústrias da cidade. O trabalho dos professores era voluntário e logo que começaram a receber por seus serviços, doavam os seus salários à Fundação para mantê-la.

No ano de 1975, foi reconhecido o curso de Oceanologia, que já estava funcionando desde 1970. Com o reconhecimento e com o intuito de desenvolver ainda mais essa área de pesquisa marinha, implantou-se o Projeto Atlântico, contribuindo para que a FURG recebesse a doação, por intermédio da Fundação Cidade do Rio Grande, do Museu Oceanográfico, que logo se tornou referência, no

país e no mundo, na recuperação de animais marinhos, dentre muitas outras pesquisas e trabalhos científicos até hoje ali desenvolvidos.

Em 1977, a FURG passou a ser designada Fundação Pública, pela Lei nº 7596, quando seu funcionamento passou a ser custeado por recursos da União. Condição que mantém até hoje, além de manter convênios com diversas entidades que complementam recursos para seu funcionamento no âmbito de ensino, pesquisa e extensão.

Já no ano de 1983, a FURG estendeu suas atividades para Santa Vitória do Palmar, oferecendo o curso de Licenciatura Plena em Letras- Português/Inglês.

Em 1984, a Universidade Federal do Rio Grande passou a ter o controle do Hospital Universitário, que até então funcionava no interior do Hospital Santa Casa.

No ano de 1991, por meio de recursos próprios, foram instalados a UTI pediátrica, a UTI cirúrgica do Hospital Universitário, bem como um Ambulatório Geral que se localizava na periferia, em convênio com o Hospital Espírita Guaíba Rache.

Em 1994, inaugurou-se, no Campus Carreiros, o Centro de Atendimento Integral a Crianças e Adolescentes (CAIC), o único a funcionar em ambiente universitário.

No ano de 1995, foi inaugurada a área acadêmica do Hospital Universitário, ofertando uma estrutura significativa aos estudantes de Enfermagem e Medicina, além da ampliação do atendimento à população.

Em 1998, foi inaugurado, junto ao Hospital Universitário, o Hospital-Dia para atendimento de pacientes portadores de AIDS, serviço que é referência no estado do Rio Grande do Sul.

No final da década de 90, em 1999, junto ao Hospital Universitário, inaugurou-se o Centro de Recuperação e Prevenção de Dependentes Químicos (CENPRE), que, até hoje, desenvolve um trabalho de excelência na área de dependência química, promovendo tratamento para pacientes e formação para trabalhadores da área.

Durante todos esses anos, a FURG desenvolveu-se em grande escala, nos setores tecnológico, pessoal e estrutural, sempre com foco em seus objetivos que primam, dentre outras coisas, em buscar a plenitude, despertando a criatividade e o espírito crítico e propiciando os conhecimentos para a transformação necessária do cidadão. Formar homem cultural, social e tecnicamente capaz e promover a

integração harmônica entre o homem e o meio ambiente é o que move essa Instituição de Ensino.

3.1.1 Estrutura organizacional da FURG

Considerando os objetivos fundamentais da Universidade – buscar a educação em sua plenitude, despertando a criatividade e o espírito crítico e propiciando os conhecimentos necessários à transformação social; formar homens cultural, social e tecnicamente capazes e promover a integração harmônica entre o homem e o meio ambiente – a FURG está organizada a partir de uma administração central composta pela Reitoria e sete Pró-Reitorias, divididas entre Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEXC); Pró-reitoria de Graduação (PROGRAD); Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPESP); Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE); Pró-Reitoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (PROGEP); Pró-Reitoria de Infraestrutura (PROINFRA); e Pró-reitoria de Planejamento e Administração (PROPLAD).

A PROGEP, que trabalha na gestão de pessoas, contabiliza, hoje, 1207 técnicos e 828 docentes, sendo ainda somados 450 funcionários terceirizados.

Na carreira dos técnico-administrativos em educação, cuja investidura, como nos demais cargos, dá-se por meio de concurso público, a Universidade recebeu a extinção dos cargos de nível A e B há alguns anos, dispondo, hoje, de concursos para os cargos de nível C, D e E. Para os cargos de nível C, são selecionados aqueles profissionais com Ensino Fundamental completo; os cargos de nível D incluem profissionais que possuem Ensino Médio Profissionalizante ou Ensino Médio completo e curso técnico na área do concurso. Dentre esses, estão os assistentes em administração, técnicos em laboratório, técnicos em enfermagem etc. Os cargos de nível E são preenchidos por profissionais de nível superior. Dentre esses, estão assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, arquivistas, médicos, enfermeiros etc.

A carga horária para os técnico-administrativos em educação fica estabelecida em jornada de 40h semanais, salvo os casos em que há legislação pertinente determinando sua redução. A remuneração inicial para técnicos de nível C fica em torno de R\$ 1.547,23; para os técnicos de nível D, R \$2.071,59 e para os técnicos de nível E, R\$3.491,95, salvo nos casos dos médicos, para os quais a

remuneração é fixada em R\$ 7.333,08. O servidor também faz jus aos percentuais de incentivo à qualificação e à capacitação, na forma da Lei nº 11.091 de 12/01/2005 e anexo da Lei nº 12.722, de 28/12/2012.

Nacarreira docente, a divisão acontece entre professores Adjunto A, Assistente B, Adjunto C, Associado D e Titular. Em todos os níveis, os docentes alcançam progressões durante a carreira.

A Universidade também conta com serviços terceirizados nos setores de portaria, higienização, jardinagem, condução de veículos e vigilância, além de toda a equipe de manutenção predial, chegando à média de 450 (quatrocentos e cinquenta) trabalhadores. Ainda compõe o quadro de trabalhadores da Universidade, um significativo número de pessoas que fazem parte da Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande (FAHERG), instituição de direito privado, sem fins lucrativos, que foi instituída no ano de 1986 para viabilizar o funcionamento do Hospital Universitário da FURG, e conta com, aproximadamente, 492 (quatrocentos e noventa e dois) funcionários, orientados pelo regime celetista.²

Esses trabalhadores, distribuídos para prestação de serviços na administração central, com catorze unidades educacionais, sendo elas: Escola de Enfermagem (EEnf); Escola de Engenharia (EE); Escola de Química e Alimentos (EQA); Centro de Ciências Computacionais (C3); Faculdade de Medicina (FAMED); Faculdade de Direito (FADIR); Instituto das Ciências Humanas e da Informação (ICHI); Instituto de Oceanografia (IO); Instituto de Educação (IE); Instituto de Letras e Artes (ILA); Instituto de Ciências Econômicas, Administrativas e Contábeis (ICEAC); Instituto de Ciências Biológicas (ICB); Instituto de Matemática, Estatística e Física (IMEF) e o Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (CAIC).

Podem-se destacar alguns serviços de extensão como o complexo de Museus e centros associados, dentre eles o Museu Oceanográfico, o Eco-Museu da Ilha da Pólvora, o Museu Náutico, o Centro de Recuperação de Animais Marinhos (CRAM) e o Centro de Convívio dos Meninos do Mar (CCMAR), que atende, anualmente, em cursos pré-profissionalizantes, mais de duzentas crianças e adolescentes, na faixa etária de 14 a 17 anos em situação de vulnerabilidade social. A Universidade apresenta, ainda, em sua estrutura uma rádio, um canal de TV e um Hospital Universitário.

²³Vínculos celetistas é a forma de relação de emprego estabelecida pela CLT.

Atualmente, a FURG oferece 56 (cinquenta e seis) cursos de graduação presencial e 4 (quatro) cursos de graduação a distância. Na pós-graduação são 29 (vinte e nove) cursos de mestrado e 13 (treze) cursos de doutorado. Na pós-graduação (especialização), são 4 (quatro) cursos de pós-graduação a distância e 4 (quatro) cursos presenciais.

3.2 A atenção à saúde dos servidores na FURG

A Atenção à Saúde do Servidor no Âmbito da FURG teve início com o objetivo de atender às demandas da própria Instituição, como os exames admissionais, atestados médicos, consultas médicas com clínico geral, atendimento de enfermagem e atendimento odontológico. Ao longo dos anos, e com as novas legislações vigentes, foi incluído o setor de Segurança do Trabalhador junto ao setor de saúde.

Conforme o incremento das demandas e necessidades derivadas do crescimento de seus quadros funcionais, foram sendo incluídos novos profissionais ao quadro de atendimento aos servidores, e passou a ser oferecido atendimento médico cardiológico, expansão do serviço odontológico e de médicos clínicos-gerais, além da oferta dos préstimos de médico-psiquiatra, psicólogo e assistente social.

Após reformulação em alguns setores da Universidade, houve a organização e divisão dos serviços de saúde. Hoje, a Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) divide-se em Coordenação de Promoção à Saúde (CPS) e Coordenação de Segurança do Trabalho(CST).

A Coordenação de Segurança do Trabalho é composta por uma equipe de um engenheiro, um médico e um enfermeiro, todos especializados na área trabalhista, além de três técnicos de segurança do trabalho.

A Coordenação de Segurança do Trabalho (CST) tem como proposta laboral a construção de ações integradas e abrangentes para prevenção de riscos humanos e ambientais. Dessa maneira, uma série de atividades é realizada com o objetivo de oferecer mais qualidade de vida ao trabalhador e atender às exigências legais. Dentre os serviços prestados à comunidade universitária, incluem-se: avaliar, mediante solicitação, o ambiente, o processo e as condições de trabalho; avaliar os processos de concessão de adicionais de insalubridade, periculosidade e outros adicionais a que o servidor faça jus, conforme a legislação vigente; elaborar

pareceres especializados na área de Engenharia de Segurança do Trabalho; analisar, investigar e registrar os acidentes de trabalho, inclusive os de trajeto; especificar Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e Coletiva (EPCs); ministrar Treinamentos de Segurança do Trabalho, dentre outras atividades que surgem cotidianamente.

A coordenação de Promoção à Saúde (CPS) situa-se no quadro geral das relações entre saúde e trabalho e é incumbida das ações na área da atenção à saúde dos trabalhadores, no seu sentido mais amplo, desde promoção, prevenção, cura e reabilitação.

A composição dessa unidade objetivou atender às demandas oriundas das necessidades dos servidores, sendo responsável por desenvolver ações de perícia, promoção à saúde, prevenção de doenças e inspeção e avaliação em segurança nos ambientes de trabalho, em consonância com a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor.

3.2.1 A unidade de atenção à saúde do trabalhador da FURG

A unidade de atenção à saúde fica situada no Campus Carreiros, onde atua o maior número de servidores. O segundo maior número de servidores da Universidade está lotado no Hospital Universitário, que fica distante 10 km do campus. A Unidade da Atenção à Saúde em relação aos campi de fora da sede apresenta distância bastante significativa. O mais perto fica em São Lourenço do Sul, e a distância fica em 130 km, o campus de Santa Vitória do Palmar fica distante 220 km e o campus mais distante fica em Santo Antônio da Patrulha, com distância de 394km.

O funcionamento da unidade abrange doze horas diárias, com dois intervalos nesse período. O atendimento acontece das 8h às 12h, com intervalo de duas horas, com retorno às 13h30min até as 17h30min e das 18h30min às 22h30min. O atendimento médico clínico geral e o atendimento de enfermagem acontecem por livre demanda, o servidor que estiver necessitando de uma consulta médica, ou serviço de enfermagem, chega à Unidade, identifica-se no setor administrativo e é encaminhado ao atendimento. Os atendimentos com agendamento são os serviços de odontologia, psiquiatria e psicologia.

O serviço ofertado das 18h30min às 22h30min é realizado por médica e auxiliar de enfermagem, o restante dos trabalhadores desenvolve suas atividades nos outros dois períodos citados.

A equipe profissional conta com dois médicos clínico-gerais, uma médica do trabalho, uma médica psiquiatra, uma psicóloga, uma assistente social, dois auxiliares de enfermagem e dois odontólogos. A Unidade ainda conta com quatro trabalhadores terceirizados, sendo dois motoristas para a ambulância, um funcionário para higienização da unidade e um porteiro.

A unidade concentra seu maior trabalho no recebimento de licenças por motivo de saúde. Segundo o Manual do SIASS (2010), licença por motivo de saúde é:

O direito do servidor de ausentar-se, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus, para o motivo de tratamento da própria saúde ou de pessoa de sua família, enquanto durar a limitação laborativa ou a necessidade de acompanhar ao familiar, dentro dos prazos previstos, conforme a legislação vigente.

Espécies de licença por motivo de saúde (Lei nº 8.112/1990):

1. Licença por motivo de doença em pessoa da família (art.83);
2. Licença para tratamento de saúde (arts. 202, 203,204);
3. Licença à gestante (art.207);
4. Licença por acidente em serviço (arts. 211 e212).

A licença por motivo de doença em pessoa da família constitui-se em uma licença em que o trabalhador precisa acompanhar um de seus familiares em situação de adoecimento. Considera-se pessoa da família, nesse caso: cônjuge ou companheiro, padrasto ou madrasta, pais, filhos, enteados e dependentes que vivam à suas expensas e conste no seu assentamento funcional. Cabe destacar que todos os familiares contemplados precisam estar devidamente registrados no assentamento funcional. O período desta licença poderá ocorrer por até sessenta dias com remuneração e até noventa dias sem remuneração. Esse tempo é contabilizado no interstício de doze meses.

A licença para tratamento de saúde é aplicada ao adoecimento do próprio servidor. O atestado pode ser oriundo de médico ou dentista. As licenças que no somatório sejam inferiores a quinze dias, consecutivos ou não, a contar da data do primeiro afastamento, no interstício de doze meses, são dispensadas de perícia singular, sendo assim, o processo é somente administrativo. Se o servidor permanecer afastado por mais de cento e vinte dias, no interstício de doze meses, o

mesmo será submetido à junta médica, composta por três médicos, sendo dois da própria unidade e um médico especialista na área de adoecimento do servidor.

A licença gestante pode ser solicitada e concedida administrativamente quando tiver seu início na data do parto, comprovada pelo registro do nascimento ou atendimento médico, sem que haja avaliação medica pericial. A licença é concedida por cento e vinte dias e a sua prorrogação por mais sessenta dias deve ser solicitada administrativamente em setor competente.

As licenças são recebidas pelo setor administrativo e repassadas ao serviço médico. As licenças para acompanhar familiar enfermo sempre precisam passar pelo médico, independentemente do número de dias.

Não é preciso agendamento prévio para entrega de licenças pessoais, para acompanhar familiar enfermo e para licença gestante. Basta somente chegar à Unidade e realizar a entrega. Nos casos de junta médica, é necessário agendar, pois a composição da junta sofre variação conforme a doença do servidor.

Os atestados dos servidores que não possam se dirigir até a unidade podem ser entregues por familiares e, quando da sua possibilidade, o servidor deve comparecer à Unidade para apresentar-se ao médico do trabalho. Os atestados de servidores que trabalham nos campi de fora da sede, na maioria dos casos, são enviados por e-mail, Sedex, ou, ainda, entregue por familiar.

Dentre os serviços realizados, está o exame médico admissional dos novos servidores, que é realizado por médico do trabalho, que avalia as condições de saúde do novo servidor para sua investidura no cargo.

Ainda é oferecido o serviço de odontologia, que é agendado semanalmente na quinta-feira; esse agendamento pode acontecer por telefone ou diretamente na Unidade. São disponibilizadas cinquenta consultas semanais, sendo 25 (vinte e cinco) consultas no turno da manhã e (25) vinte e cinco no turno da tarde, são atendidas 5 (cinco) consultas por turno. As consultas agendadas na quinta-feira serão realizadas durante a semana seguinte, de segunda a sexta, ou seja, as consultas são marcadas de uma semana para outra. Os serviços disponibilizados pelos dentistas são profilaxia, endodontia e extração.

Dentre os serviços oferecidos em área especializada, está o serviço de psiquiatria e o de psicologia. O atendimento psiquiátrico é agendado semanalmente, respeitando o prazo designado pelo profissional para agendamento. São ofertadas em média, vinte consultas semanais. O serviço de psicologia trabalha com

atendimentos agendados. O servidor pode acessar o atendimento por interesse pessoal, ou por encaminhamento oriundo de outros profissionais da área. O tempo máximo de permanência do servidor em atendimento psicológico é de doze meses, pois se constitui em um breve apoio.

A Unidade ainda disponibiliza uma ambulância. O serviço de remoção por ambulância é feito sempre que necessário e atende à comunidade universitária: servidores e alunos do Campus. O horário de atendimento compreende o mesmo horário de atendimento da Unidade.

No ano de 2009, como forma de aprimorar a saúde do trabalhador, foi instituído o Decreto nº 6.856, dos exames médicos periódicos. Esses exames são ofertados a todos os servidores públicos federais.

Essa campanha de exames acontece anualmente e objetiva verificar a saúde do trabalhador. Os trabalhadores são convocados conforme a unidade de trabalho, essa convocação acontece por meio de reunião presencial de sensibilização, que tem como objetivo esclarecer a importância da realização dos exames e incentivar a sua realização. Na reunião, conforme a faixa etária do servidor, já são entregues as guias de solicitação e os recipientes de coletas. Os exames compõem diferenças na questão de gênero e idade, mas, geralmente, os homens realizam exame de sangue com algumas especificidades e oftalmológico e as mulheres realizam exame de sangue, citopatológico, oftalmológico e, dependendo da idade, mamografia.

Após realizados os exames pelo servidor, os resultados são encaminhados, por intermédio das empresas contratadas, para a Diretoria de Atenção à Saúde (DAS). Após o recebimento dos resultados dos exames, os servidores são chamados a realizar a consulta médica com médico do trabalho, para verificação dos resultados. Os servidores que já fazem acompanhamento fora da Universidade em seus planos privados são igualmente incentivados a realizarem os exames. Se o servidor já dispõe dos exames solicitados em sua faixa etária, somente se agenda sua consulta com médico do trabalho.

A FURG, com o intuito de promover Atenção à Saúde a seus servidores, mantém, hoje, dois projetos em andamento. Assim, com o objetivo de oportunizar atividade física orientada e socialização, iniciou, em 2013, o projeto intitulado “Correndo pela FURG”, grupos anuais, com duas turmas, ambas de caminhada e corrida, com 30 participantes em cada grupo, um grupo pela manhã e outro à tarde. Os participantes realizam atividades específicas durante três horas semanais,

orientados por educadores físicos, utilizando as dependências do Centro Esportivo da Instituição. As aulas acontecem no período de trabalho. A cada ano, abre-se novo processo de inscrição, no intuito de dar oportunidade a novos servidores. O segundo projeto realizado é um grupo de emagrecimento, que acontece quinzenalmente, no intuito de atender aos servidores que buscam mudar hábitos alimentares, dentre outros objetivos.

A Unidade trabalha, anualmente, com diversas campanhas preventivas. Tais campanhas trabalham com questões atuais, que envolvam questões de cuidados com a saúde feminina e com a masculina, como exemplo o “Outubro Rosa”, o “Novembro Azul”, a “campanha de cuidados com a gripe H1N1”, dentre outras. As campanhas realizadas também acontecem conforme determinação do MEC para realização nas universidades federais.

Para tanto, a unidade conta com uma área estrutural bastante satisfatória, contendo quatro consultórios médicos, um consultório de psicologia e uma sala de enfermagem, preparada para atendimentos de emergência.

3.3 Proposta e desenvolvimento da pesquisa

Como enunciado na introdução deste trabalho, a proposta da pesquisa objetivou desenvolver um processo de investigação e analisar a atenção à saúde do trabalhador, operacionalizada pela FURG, no contexto do debate contemporâneo da política de atenção à saúde dos servidores federais, considerando a perspectiva de seus técnicos e docentes. Os objetivos específicos são resgatar a história de saúde do trabalhador na universidade; identificar e analisar o processo de estruturação da atenção à saúde do trabalhador na FURG e identificar e analisar a visão dos servidores em relação à atenção à saúde do trabalhador desenvolvida no âmbito da FURG.

Este item objetiva apresentar o percurso metodológico da pesquisa empírica. Para tanto, trata, inicialmente, das questões que norteiam este trabalho; após, delimitar-se-á o caminho desenvolvido durante a pesquisa empírica, demonstrando como ocorreu a escolha e a aproximação com os entrevistados.

Esta pesquisa norteou-se pelos seguintes questionamentos: Como se desenvolveu a atenção à saúde do trabalhador ao longo da história na FURG?; Qual a visão dos servidores, em relação à atenção à saúde ofertada pela FURG?; Como

está estruturada a atenção à saúde do trabalhador na FURG, tendo em conta o debate contemporâneo sobre a saúde do trabalhador e a política dos servidores federais?

Nessa proposta, a metodologia é entendida como “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 2000, p. 16). Assim, buscou-se, na dialética, a referência para a condução deste estudo.

No dinamismo do método dialético, considera-se um outro aspecto fundamental: O caráter total da atividade humana que indica a ligação entre história dos fatos econômicos sociais e história das ideias. A realidade social não pode ser recortada em partes estanques, segmentalizadas. É dinâmica, complexa, concreta, totalizante. Aceitando a totalidade, como categoria do método dialético, percebe-se a realidade como um todo estruturado, não caótico, com leis íntimas, que deverão ser desvendadas por conexões necessárias, que possam mostrar o lugar ocupado pelos fatos, no contexto em que a realidade se apresenta (FERNANDES, 2011, p. 9).

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, que, segundo Minayo (2014, p. 57),

se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos de interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Objetiva trazer uma maior aproximação com os sujeitos, podendo, assim, vislumbrar questões que transcendem a uma simples resposta, permite explorar as diversas dimensões levantadas e com isso descortinar aspectos nem imaginados.

Além disso, caracteriza-se também como uma pesquisa exploratória/descritiva, que, segundo Gil (2012, p. 41), é “o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições”. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. E sua característica descritiva “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2012, p. 42).

Com base nessas premissas, são definidos os procedimentos para a abordagem dos sujeitos, os procedimentos para análise dos resultados.

3.3.1 Procedimentos para abordagem dos sujeitos

A técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista, “que é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa” (MINAYO, 2014, p. 261). A entrevista foi semiestruturada, pois, segundo Minayo (2014, p. 261), “obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na sequência das questões”.

Os participantes da pesquisa foram os servidores, técnico-administrativos em educação e docentes, em atividade profissional, que entregaram atestados no período de 01/07/2015 a 31/12/2015.

O recorte para escolha dos sujeitos entrevistados foi definido contemplando o tempo mais próximo da aplicação da pesquisa, e cabe destacar que, no ano de 2015, os servidores da FURG participaram, no primeiro semestre, de uma greve que durou quatro meses. Diante desse fato, os resultados poderiam sofrer variação, diante da massiva adesão ao movimento pelostrabalhadores.

Os atestados utilizados foram de adoecimento do próprio servidor, não sendo contabilizado qualquer outro tipo de afastamento ou licenças no período.

Esses servidores foram mapeados por meio do Sistema Institucional de Informação, chamado “Sistema FURG”, onde ficam registrados os atestadosmédicos apresentados e as licenças solicitadas pelos servidores durante sua carreira profissional.

Em levantamento prévio, o número de atestados entregues no período definido ficou em 211 atestados. Das quarenta unidades, que hoje compõem a FURG, os atestados entregues são referentes a vinte e sete.

Dessas vinte e sete unidades, existem três que aparecem com um número elevado em relação às outras unidades, 116 servidores pertencentes ao Hospital Universitário, que estão divididos entre 75 servidores da coordenação de enfermagem, 24 servidores da coordenação de infraestrutura e 17 servidores da coordenação médica. Diante desse número, optou-se por trabalhar com um quantitativo maior de cada unidade, podendo-se, assim, dar maior representatividade a esse grupo. Então, a coordenação de enfermagem teria 8 servidores entrevistados, a coordenação de infraestrutura, 4 servidores entrevistados e a coordenação médica, 1 servidor entrevistado. Os servidores de cada unidade foram selecionados por sorteio.

Setor	Nº de atestados	Nº de entrevistados
HU-Coordenação de enfermagem	75	8
HU-Coordenação de Infraestrutura	24	4
HU-Coordenação Médica	17	1
Total	116	13

O restante das unidades, 24, será representado por meio de uma divisão por extratos, definidos pelo número de atestados entregues, por unidade.

As divisões aconteceram em três estratos, sendo eles nomeados por estratos A, B e C. O estrato “A” corresponde às unidades que aparecem com maior número de atestados, 13 unidades compõem esse estrato. O estrato “B” tem um número menor, 9 unidades, e o estrato “C” ficou com as unidades em que aparecem pouca quantidade, 2 unidades.

Os resultados encontrados na seleção das unidades são, no estrato “A”, o Centro de Ciências Computacionais (C3), Campus São Lourenço do Sul, Edgraf, Escola de Engenharia (EE), Esantar, Faculdade de Direito (FADIR), Faculdade de Medicina (FAMED), Gabinete do Reitor, Instituto de Ciências Biológicas (ICB), Instituto de Ciências Humanas (ICHI), Instituto de Matemática, Estatística e Física (IMEF), Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI), Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEXC) e Pró-Reitoria de Assistência Estudantil (PRAE). No estrato “B”, têm-se as seguintes unidades: Escola de Enfermagem, Engenharia de Alimentos, Instituto de Educação (IE), Instituto de Oceanografia (IO), Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP), Pró-Reitoria de Planejamento (PROPLAD), Instituto de Letras e Artes (ILA), Sistema de Bibliotecas (SIB) e Secretaria de Comunicação (SECOM). No estrato “C”, 2 unidades, sendo as seguintes: Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESP) e Pró-reitoria de infraestrutura (PROINFRA).

Com base nesses números, definiu-se o número de servidores a serem abordados, buscando garantir a representatividade dos referidos setores. Definiu-se que, nas unidades de estrato “A”, seriam entrevistados 8 servidores, representados por suas respectivas unidades; nas unidades do estrato “B”, seriam entrevistados 4 servidores, representados por suas respectivas unidades e nas unidades de estrato “C”, seria entrevistado 1 servidor, de sua respectiva unidade.

Após estabelecida a divisão pelos estratos A, B e C e elaborada a proporção das unidades a serem contempladas, chegou-se ao número de treze unidades, com treze servidores participantes da pesquisa.

As unidades foram definidas pelo critério de sorteio, respeitando a respectiva faixa:

A	B	C
NTI	IO	PROINFRA
PROEXC	PROPLAD	
ESANTAR	ILA	
ICB	IE	
GABINETE DO REITOR		
ICHI		
EE		
EDGRAF		

Cabe ressaltar que os servidores foram sorteados em maior número de cada área do que se pretendia entrevistar, pois poderia haver desistência de algum entrevistado e também pelo critério de saturação.

O dimensionamento da quantidade de entrevistas, grupos focais e outras técnicas deve seguir o critério de saturação. Por critério de saturação se entende o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo. No entanto, provisoriamente o investigador pode e deve prever um montante de entrevistas e de outras técnicas de abordagem a serem depois balizadas em campo, à mediação que consiga o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias para o trabalho (MINAYO, 2014, p. 197).

Definidos os sujeitos da pesquisa, foi possível começar a marcação do dia e do horário para realização da entrevista. De todos os servidores contatados, somente um recusou-se a participar da pesquisa. Com a proposta de deixar o entrevistado livre de qualquer constrangimento, no momento da ligação para o convite de participação, já eram comunicados os objetivos e a metodologia da pesquisa, bem como a disposição do entrevistador em realizar a pesquisa onde melhor conviesse ao entrevistado. No primeiro encontro, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), no qual os servidores tiveram ciência do detalhamento da pesquisa, bem como de seus direitos como sujeitos do estudo. No intuito de preservar a identidade dos entrevistados, optou-se por identificá-los por números de 01 a 26.

As entrevistas foram semiestruturadas, com questões abertas e fechadas, por meio de roteiro anexo no APÊNDICE C deste trabalho.

As entrevistas foram realizadas em diferentes espaços; algumas, diretamente na unidade de trabalho do servidor; outras, por escolha dos entrevistados, na Diretoria de Atenção à Saúde (DAS). Além dos lugares já mencionados, duas entrevistas foram realizadas na residência dos servidores.

As entrevistas com cada sujeito – com duração entre quatro e doze minutos – foram realizadas no mês de maio de 2016, sendo gravadas e transcritas pela própria pesquisadora.

Cabe ressaltar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisas com Seres Humanos da Escola Superior de Educação Física (ESEF) da Universidade Federal de Pelotas, sob o parecer nº 1.512.414 (APÊNDICE A) e atendeu aos requisitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3.3.2 Procedimentos para análise de dados

Após organizar os relatos por meio das entrevistas, conforme APÊNDICE C – Roteiro de entrevistas, realizou-se a leitura de cada uma, destacando dados em comum, com o objetivo de identificar as principais categorias de análise. Os dados em comum foram tratados por intermédio do critério de saturação, que, segundo Fontanella (2008, p. 25), “é uma ferramenta conceitual de inequívoca aplicabilidade prática, podendo, a partir de sucessivas análises paralelas à coleta de dados, nortear sua finalização”.

Como critério de definição da saturação teórica, foram definidos alguns passos para essa constatação, que, Segundo Fontanella et al (2011), são:

Passos	Descrição
Passo 1: disponibilizar os registros de “dados brutos”.	Todos os pesquisadores têm acesso aos registros integrais de áudio e aos transcritos, desde as primeirascoletas.
Passo 2: “imersão” em cada registro.	São feitas leituras e audições individuais, visando identificar núcleos de sentido nas manifestações dos sujeitos.
Passo 3: compilar as análises individuais (de cada pesquisador, para cadaentrevista).	Aqui, as entrevistas são o foco:compilar os temas e os tipos de enunciados identificados em cada uma delas, pelo pesquisador (instruídas as pré-categorias ou as eventuais novas categorias).
Passo 4: reunir os temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria.	Aqui, os temas ou tipos de enunciados são o foco: depois de cada entrevista ser analisada pelo pesquisador, agregam-se as falas consideradas exemplares nos núcleos de sentido identificados.
Passo 5: codificar ou nominar os dados.	Nominação dos temas e dos tipos de enunciados contidos em cada pré-categoria ou nova categoria.
Passo 6: alocar (numa tabela) os temas e tipos de enunciados.	Agregando para cada (pré-)categoria e destacando quando se deu a primeira ocorrência.
Passo 7: constatar a saturação teórica para cada pré-categoria ou nova categoria.	Isso ocorre quando novos temas ou tipos de enunciados não são, de maneira consistente, acrescentados após novas entrevistas.
Passo 8: “visualizar” a saturação.	Transformação da tabela emum gráfico, possibilitando, para cada categoria analisada, uma constatação visual da “saturação”.

A análise dos dados aconteceu a partir da análise de conteúdo, e, para Minayo (2014, p. 308), “todo o esforço teórico, seja baseado na lógica quantitativa ou qualitativa, visa a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação dedocumentos”.

Como procedimento inicial, realizou-se a caracterização dos sujeitos de pesquisa; posteriormente, estruturou-se a análise propriamente dita,destacando dois eixos temáticos subdivididos em vários outros que buscam explicitar os resultados obtidos sob a luz das contribuições teóricas que subsidiam o estudo e da interpretação da pesquisadora.

3.4 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

A caracterização dos sujeitos da pesquisa nesta proposta de pesquisa objetiva fornecer algumas informações acerca dos entrevistados, as quais possam contribuir para maior compreensão dos resultados obtidos. Essa caracterização se realiza a partir das seguintes questões: Sexo; Idade; Quadro de servidores participantes da pesquisa; Classificação dos sujeitos quanto à sua categoria profissional; Tempo de serviço na Universidade, Atividade Remunerada Paralela e tempo de trabalho anterior à FURG. Essas informações são apresentadas em gráficos e comentadas posteriormente.

3.4.1- Sexo

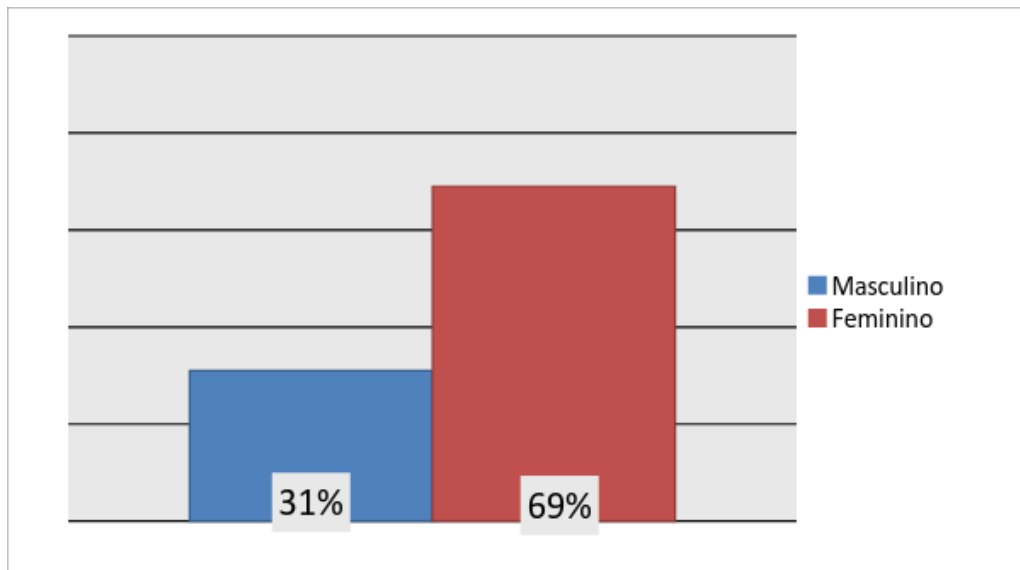


Figura 1 - Gráfico: Sujeitos da pesquisa: Gênero dos entrevistados

Fonte: Autor da Pesquisa, 2016

A pesquisa revelou a prevalência no número de mulheres, sendo 69% dos entrevistados, totalizando dezoito mulheres participantes da pesquisa, enquanto os homens representam 31%, totalizando oito participantes.

Historicamente, os homens são maioria nos postos de trabalho, nesse caso, temos a presença de mais mulheres na pesquisa, talvez em decorrência de maior presença do Setor de Atendimento à Saúde e, apesar de, no serviço público federal, as mulheres ainda serem minoria. De acordo com FIRMINO et al. (2015, p. 15), "Atualmente, as mulheres são 46% do total de servidoras/es no Poder Executivo Federal.

3.4.2 Tempo de serviço na FURG

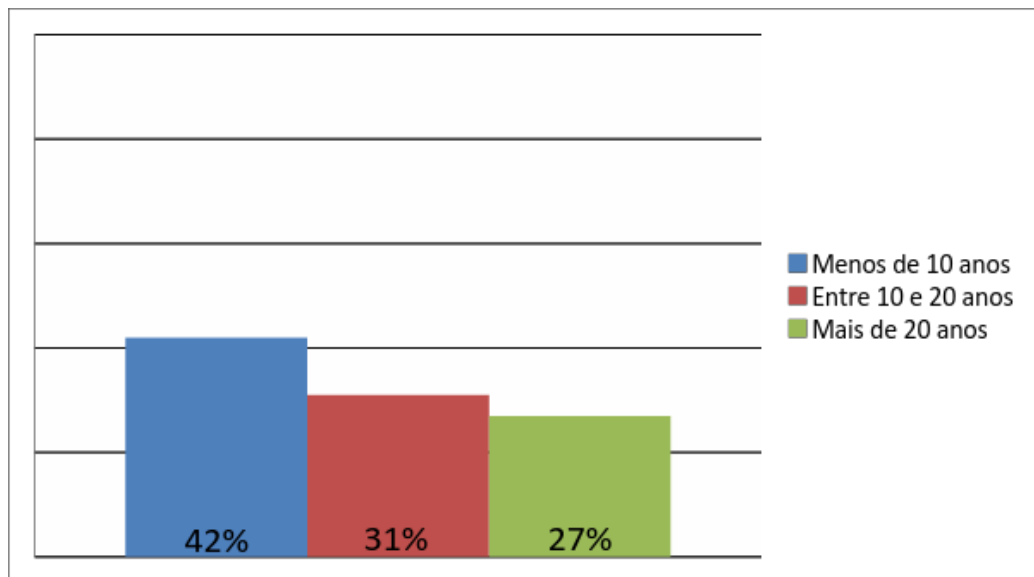


Figura 2 - Gráfico: Sujeitos da pesquisa: Tempo de serviço na FURG
Fonte: Autor da Pesquisa, 2016

O tempo de serviço dos servidores na Universidade que solicitaram afastamento no período definido ficou dividido em três faixas: 42% dos servidores estão há menos de dez anos na Instituição, 31% entre dez e vinte anos e 27% trabalham há mais de vinte anos na Furg. Esse dado nos afirma que os servidores mais novos na Universidade são os que apresentam maior número de afastamento e os servidores com mais tempo de serviço na Universidade são os que menos se afastam.

Imediatamente, pensamos que os servidores mais novos estão adoecendo mais e os servidores mais antigos estão adoecendo menos, mas cabe salientar que esse dado pode ser compreendido por outro aspecto, que se dá, exatamente, pelo tempo de serviço dos servidores mais antigos da Universidade. É possível que o servidor com mais tempo tenha maior flexibilidade para acertar com sua chefia outras formas de afastamento, por meio de compensações de horário, por exemplo. Já o servidor com menos tempo de serviço pode não entender que, em algum momento, possa acertar com sua chefia determinada situação ou, até mesmo, porter clareza das legislações e direitos enquanto trabalhador.

Poder-se-iam atribuir esses possíveis modos de afastamento ao acesso para entregade atestados e à tardia implantação de uma política de saúde do

trabalhador; podendo-se, assim, atribuir o afastamento à compensação de bancos de horas, dentre outras questões. Ainda é perceptível que essa forma pode evidenciar uma negação do próprio trabalhador com mais tempo na Universidade em relação aos seus direitos, o que pode ser caracterizado por se tratar de servidores com mais idade e, conseqüentemente, com um entendimento mais restrito em relação a direitos, bem como a questão cultural: o trabalhador precisa estar sempre saudável para ofertar sua mão de obra.

Diante das possibilidades elencadas nesta análise, não se poderia elaborar qualquer afirmação somente baseada nos percentuais que aparecem devido a algumas questões levantadas e que são observadas no contexto diário da Unidade de Atendimento, onde os servidores encaminham seus afastamentos.

3.4.3- Idade

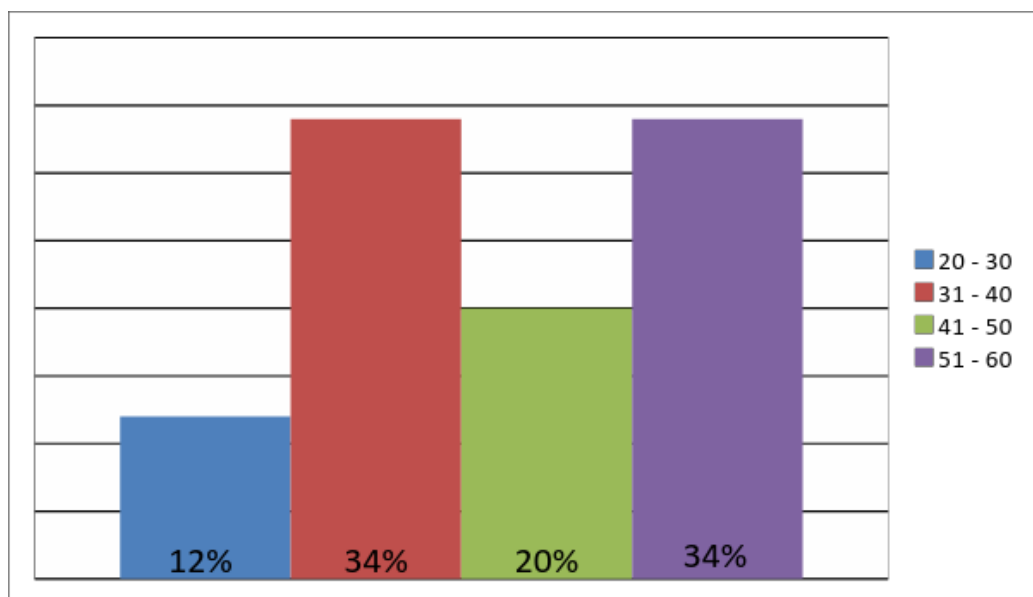


Figura 3 - Gráfico: Sujeitos da pesquisa: Idade
Fonte: Autor da Pesquisa, 2016

Conforme se pode identificar, 12% dos servidores entrevistados têm entre 20 e 30 anos de idade, 34%, entre 31 e 40 anos, 20%, entre 41 e 50 e 34%, entre 51 e 60 anos. Há duas faixas etárias que apresentam o mesmo número de servidores, ou seja, é possível interpretar que a idade média dos servidores que ingressam na Universidade seja entre 31 e 40 anos e a idade em que os servidores se aposentam, entre 51 e 60 anos.

Salienta-se que, na faixa de 31 a 40 anos e de 51 a 60 anos, tem-se um número elevado de entrevistados, os quais correspondem a dois grupos distintos, um grupo com tempo médio de cinco anos na Universidade e outro que está perto da aposentadoria.

Na faixa de 31 a 40 anos, integram-se servidores que apresentam, no máximo, cinco anos de Universidade. Já os representados entre 51 e 60 anos são aqueles que estão prestes a se aposentar.

É possível afirmar que essas duas faixas representadas na pesquisa, igualmente afirmam um dado significativo à proposta deste trabalho. Torna-se possível afirmar que os servidores com menor e maior tempo de serviço afastam-se de suas atividades profissionais em algum momento. Esse dado desmistifica a ideia de que os servidores com menor tempo de serviço usufruem mais de licenças e afastamentos no âmbito do trabalho.

3.4.4 Classificação funcional I

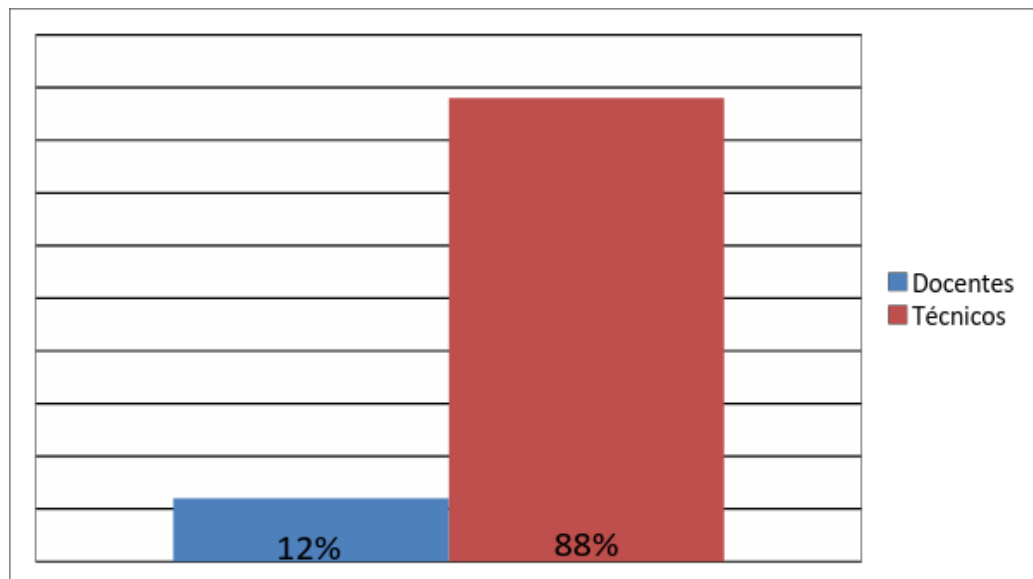


Figura 4 - Gráfico: Sujeitos da pesquisa: Classificação funcional I
Fonte: Autor da Pesquisa, 2016

Quanto à categoria profissional, 88% são técnicos e 12% são docentes. Existe uma discrepância bastante significativa na categoria dos entrevistados e consequentemente dos servidores que se afastam com maior frequência do trabalho. Essa diferença apresenta fatores relevantes, que são, primeiramente, o fato de o número de técnicos ser superior ao número de docentes em exercício na

Universidade; o período de férias é maior que o do técnico e, na organização de horários no trabalho docente, existe maior flexibilidade na sua organização; possibilitando, assim, que alguns procedimentos realizados pelos professores não cheguem até a unidade de saúde como afastamento.

Já o servidor técnico, em sua maioria, executa jornada semanal de quarenta horas, nos turnos da manhã e da tarde; dificultando, assim, o acesso a determinados serviços.

Dessa forma, não se poderia, aqui, afirmar se existe maior afastamento de técnicos ou de docentes devido às peculiaridades de cada fazer profissional e das formas que são utilizadas para compensar o tempo que não podem estar presentes em suas atividades profissionais.

3.4.5 Classificação funcional II

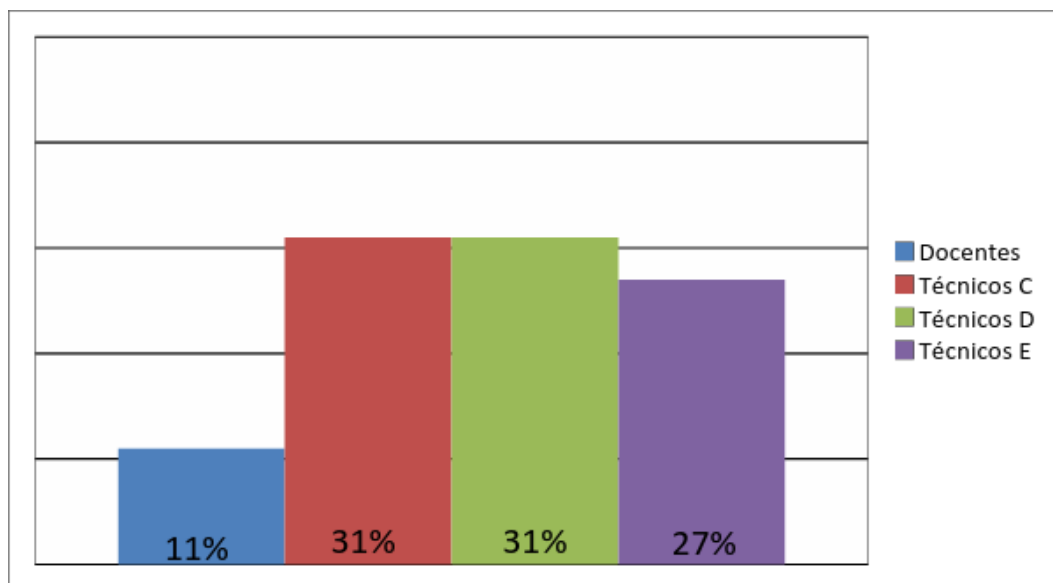


Figura 5 - Gráfico: Sujeitos da pesquisa: Classificação funcional II
Fonte: Autor da Pesquisa, 2016

Dentre os entrevistados, a classificação funcional encontrada foi de 31% de técnicos de nível C (Auxiliar administrativo), 31% de nível D (Assistente administrativo), 27% de nível E (Nível superior), além de 11% de Docentes.

As profissões que se enquadram nos níveis elencados acima são as seguintes: técnicos de nível C (dois técnicos de enfermagem e oito auxiliares de enfermagem); técnicos de nível D (cinco assistentes administrativos e um técnico de

informática); técnicos de nível E (uma engenheira, uma psicóloga, uma assistente social, um médico, dois farmacêuticos e uma administradora); docentes (três).

Cabe destacar que os técnicos de nível C e D ocupam o mesmo espaço na entrega de afastamentos. No caso dos afastamentos dos docentes, que novamente dispõem de uma diferença significativa em relação aos outros servidores, pode-se reiterar a análise do gráfico 2 (acima).

3.4.6 Exercício de trabalho concomitante com a Universidade

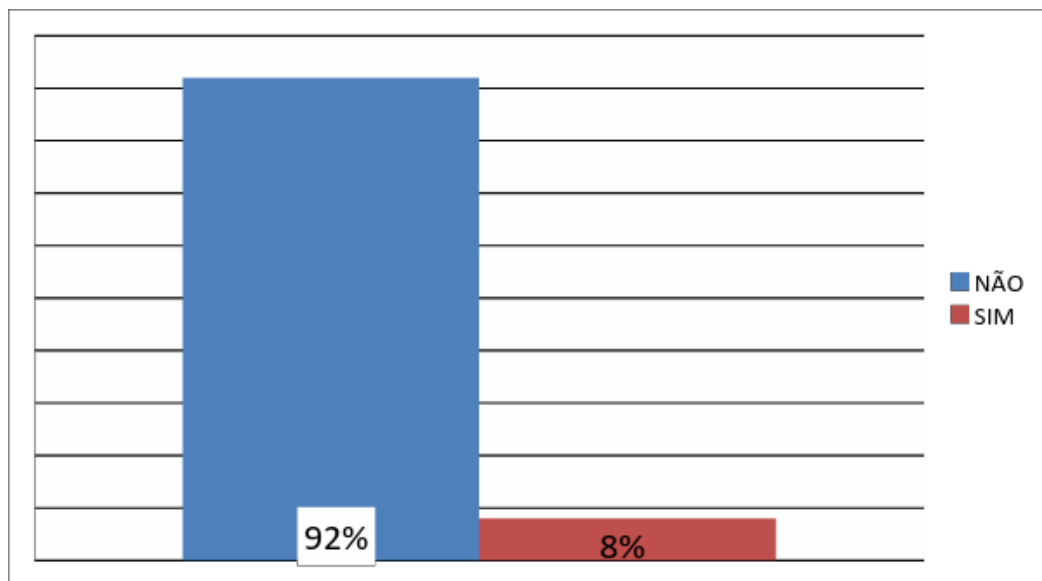


Figura 6 - Gráfico: Sujeitos da pesquisa: Exercício de trabalho concomitante
Fonte: Autor da Pesquisa, 2016

Quanto aos trabalhadores que exercem outra atividade além do trabalho como servidor da Universidade, o resultado aponta que 92% dos servidores não possuem outra atividade remunerada e 8% sim. Esses dois trabalhadores são técnico-administrativos, sendo que um deles exerce uma função temporária na Universidade, além de seu cargo de servidor público; outro trabalha em um hospital do município. Importante ressaltar que essa pergunta apresentava como objetivo analisar as jornadas de trabalho às quais os servidores são submetidos e a consequente atribuição dos fatos trazidos ao trabalho exercido na FURG ou em diferentes espaços.

3.4.7 Motivo de atestado no período delimitado

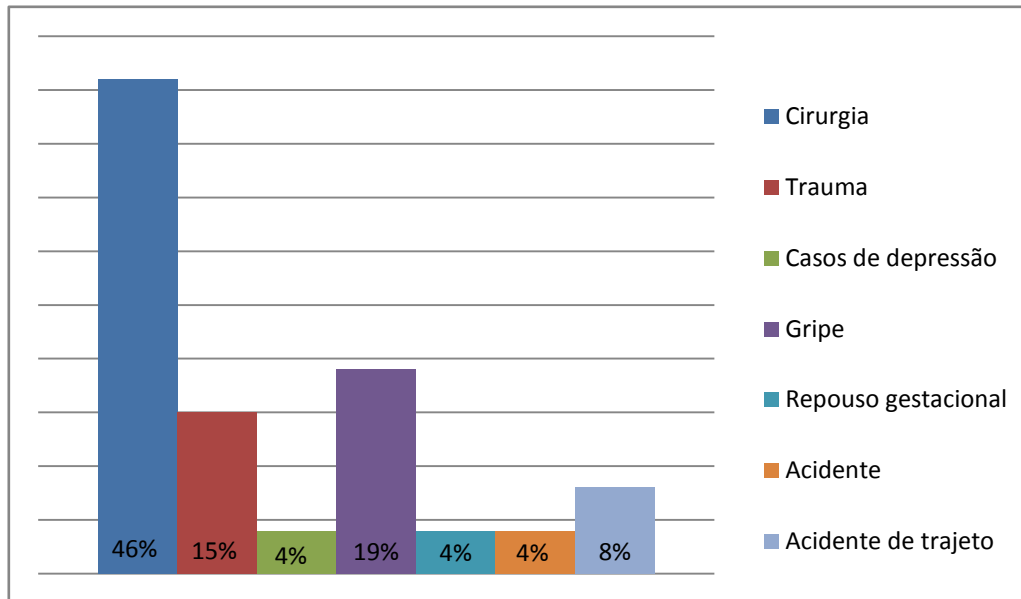


Figura 7 - Gráfico: Sujeitos da pesquisa: Motivo de atestado no período delimitado
Fonte: Autor da Pesquisa, 2016

Os motivos de adoecimento dos servidores foram diversos, conforme destacado: doze afastamentos por cirurgias, quatro traumas, um caso de depressão, quatro afastamentos por gripe, um afastamento por repouso gestacional, dois afastamentos por acidente e dois afastamentos de acidente de trajeto.

O baixo índice de servidores que apresentaram atestados de depressão, no referido período, foi um dado que surpreendeu, exatamente por ser um dos fatores que mais afasta os servidores do trabalho (dados do sistema FURG). É considerável, como já delimitado na metodologia desta pesquisa, que o período estabelecido para coleta de dados foi logo após uma longa greve. Sendo esse, talvez, um dos motivos por que a depressão esteja ocupando um menor índice nesta pesquisa.

Outro dado relevante é o aparecimento de 4 % de acidentes de trajeto. Nesse caso, foram dois acidentes ocorridos na ida ou no retorno ao trabalho. Cabe salientar que esse dado faz refletir sobre as implicações desse tipo de acidente nas relações de trabalho; poder-se-ia, enfim, estabelecer que não há relação qualquer com o fazer profissional, mas cabe analisar, uma vez que o trajeto do trabalho é de responsabilidade da Instituição. Dessa forma, seria pertinente retomar a lógica de que o trabalhador não é trabalhador somente quando está prestando o seu serviço

na Instituição, mas, sim, está sempre ligado ao fazer profissional, inclusive durante o seu deslocamento.

Um dado bastante significativo no período foi o percentual de servidores que se afastaram para realizar cirurgias (46%). Nenhum dos trabalhadores revelou que essas cirurgias realizadas foram de determinada gravidade. O que pode ser percebido é que tais procedimentos poderiam ocorrer a qualquer tempo, o que nos instiga a pensar e, conforme afirma Brant e Minayo-Gomes (2004, p. 211):

É na condição de efeitos de práticas linguísticas que alguém se identifica e se reconhece como doente ou não-doente. Para tanto, é necessário que os mediadores linguísticos se materializem através das práticas ou mecanismos institucionais, como licenças médicas, inserção em serviços de saúde da empresa, hospitalização e aposentadoria por invalidez. Verificamos, também, que o sofrimento se apresenta sob a forma de humor. Nesse caso, o trabalhador constrói um subterfúgio para manifestar seu sofrimento, sem que o mesmo apareça como tal. Essa estratégia parece evitar que ele sofra o destino do adoecimento.

Poder-se-ia afirmar que o alto índice de afastamentos nessa categoria estaria disfarçado e, assim, visto como um real impedimento de ir ao trabalho. Aquele afastamento que é permitido, pois o corpo está realmente impossibilitado de comparecer, não dispendo, pois, de qualquer julgamento duvidoso, o que pode ser afirmado nas escritas de Dejours (2015, p. 85), “no discurso do trabalhador sobre a saúde física, é muito comum se colocar a ênfase analítica no que está mais imediatamente expresso, ou seja, de que as condições de trabalho são prejudiciais para o corpo”. Essa afirmação reforça a ênfase que é dada ao corpo; ignorando, por conseguinte, os diversos fatores que desencadeiam determinadas atitudes em relação ao afastamento do trabalho.

É notório que se afastar para um processo cirúrgico – que poderia ser feito em diversos momentos ou até não ser realizado por não impedir a normalidade da vida e da saúde explícita que o afastamento do trabalhador apresenta uma dimensão muito maior de adoecimento, pois o servidor precisa expor sua vida e seu corpo para proteger-se das adversidades encontradas por ele no trabalho. É o que afirma Dejours (2008, p. 297), “atingimos o nível em que o sofrimento não é mais controlado pelas ideologias defensivas”.

Seria possível pensar as doenças que apareceram e colocá-las em divisões de adoecimento, pensando no sentido patológico e numeral, mas aqui se pretende enxergar além do Código Internacional de Doenças (CID), pois cabe analisar como o

adocimento vem acometendo os trabalhadores, em quais os contextos que essas patologias se manifestam e como estão sendo administradas pelos trabalhadores: “a investigação revela conflitos interpessoais e uma tensão que, às vezes, atinge o limite do intolerável, a ponto de o sofrimento tornar-se difícil de camuflar” Dejours (2014, p. 50).

3.4.8 Tempo de serviço anterior à FURG

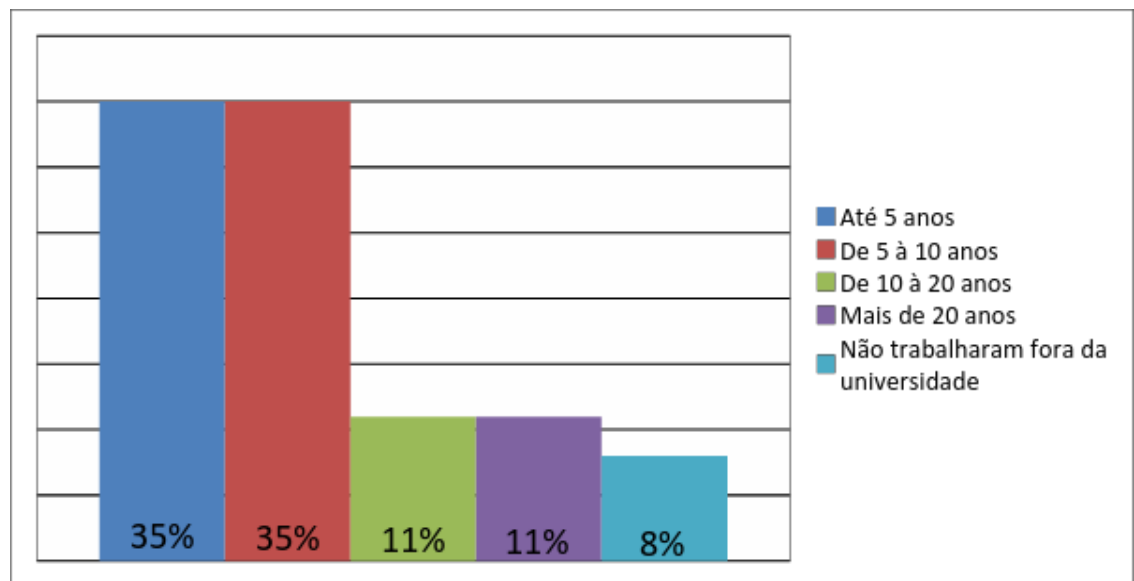


Figura 8 - Gráfico: Sujeitos da pesquisa: Tempo de serviço anterior à FURG
Fonte: Autor da Pesquisa, 2016

Dos servidores entrevistados, 35% trabalharam até 5 anos antes da Universidade; 35%, entre 5 e 10 anos; 11%, de 10 a 20 anos; 11% mais de 20 anos e 8% não exerceram outra atividade que não fosse na Universidade, ou seja, sempre trabalharam na FURG. É possível identificar que a maioria dos servidores trabalhou no máximo 10 anos fora da Universidade; indicando, assim, que suas carreiras profissionais foram desenvolvidas, em sua maioria, no âmbito da Universidade. No caso dos servidores que trabalharam entre 10 e 20 anos fora da Instituição e mais de 20 anos, percebe-se que são servidores que passaram por outros espaços, trabalharam na Universidade e chegaram a ela depois de uma caminhada profissional em outros ambientes, ou mesmo, após se qualificarem como objetivo de trabalharem em suas áreas profissionais.

4. A SAÚDE DO TRABALHADOR NA PERSPECTIVA DOS SERVIDORES DA FURG

Como evidenciado, a análise dos resultados obtidos organiza-se a partir de dois eixos, a saber: A saúde do trabalhador na perspectiva dos servidores da FURG e A percepção dos servidores sobre a atenção à saúde desenvolvida pela FURG. O primeiro eixo sistematiza as informações referentes à concepção dos participantes da pesquisa acerca da saúde do trabalhador. Está subdividido em cinco itens: Concepções de saúde do trabalhador entre os servidores da FURG; A saúde do trabalhador como cuidado da saúde física; A saúde do trabalhador como responsabilidade do trabalhador; A saúde do trabalhador como responsabilidade individual e institucional; A saúde do trabalhador e a questão da saúde mental e A saúde do trabalhador a partir da visão ampliada de saúde.

O segundo eixo, identificado como “A percepção dos servidores sobre a atenção à saúde desenvolvida pela FURG” trata dos aspectos relativos ao olhar dos servidores em relação à saúde ofertada pela FURG. Está subdividido em quatro itens: A perspectiva de saúde do trabalhador na FURG; A percepção da saúde do trabalhador nos ambientes de trabalho; A percepção dos servidores sobre o adoecimento e os desfechos nos ambientes de trabalho, bem como A percepção sobre o atendimento na Diretoria de Atenção à Saúde (DAS).

Ao final da análise nos eixos destacados, buscou-se realizar uma discussão sobre as questões que ficaram mais evidentes em relação às concepções do servidor da FURG em relação à saúde do trabalhador.

4.1 Concepções de saúde do trabalhador entre os servidores da FURG

Tendo em vista a necessidade de sistematização do material empírico coletado, optou-se pela subdivisão do presente item. A partir do leque de respostas produzidas sobre saúde do trabalhador, que estão aqui identificadas como A saúde do trabalhador como o cuidado da saúde física; A saúde do trabalhador como responsabilidade do trabalhador; A saúde do trabalhador como responsabilidade individual e institucional; A saúde do trabalhador e a questão da saúde mental; A saúde do trabalhador a partir da visão ampliada de saúde e A perspectiva de saúde do trabalhador na FURG.

Quanto à concepção de saúde, a primeira observação é sobre a atitude dos entrevistados frente à pergunta; os servidores ficaram pensativos, podendo ser percebido que ainda não haviam parado para pensar na amplitude que esse assunto tem em suas vidas, enquanto trabalhadores. Como argumenta Silva (2013, p. 59), “não bastam apenas ações focadas na medicina do trabalho, voltadas ao controle de riscos, mas de políticas sociais que possibilitem a melhoria nas ações de saúde que contribuam para a promoção e prevenção de danos e desgastes do trabalhador”. Cabe identificar que o tema Saúde do Trabalhador deve ser, de fato, um termo que invoca um pensar com profundidade, pois nele está inserido muito mais que o tema saúde propriamente dito, mas sim, uma gama de questões que explicitam a vida do trabalhador em sua totalidade.

4.1.1 A saúde do trabalhador como cuidado da saúde física

A saúde do trabalhador, para alguns dos entrevistados, é circunscrita à questão da saúde física. Eles a entendem atrelada apenas ao cuidado do corpo. Esse é um dos fatores que permite entender o quanto a saúde do trabalhador precisa avançar em sua concepção e principalmente em ações que descaracterizem essa visão reducionista. Os sujeitos que focalizam a saúde do trabalhador como o atendimento da saúde física expõem que:

[...] acredito que seja uma boa saúde, quando eu preciso tem médico, tem dentista (Sujeito 26).

[...] acho que é boa, quando preciso de dentista sempre tem (Sujeito 22).

Os sujeitos os quais destacam que a saúde do trabalhador está relacionada ao atendimento médico e odontológico são minoria, mas esse dado faz refletir sobre o quanto ainda se está distante de valores amplos e, conseqüentemente, refletidos em determinada concepção, como neste caso.

Reduzir a saúde do trabalhador ofertada a uma questão de atendimento médico ratifica a questão reducionista em torno da política ofertada aos servidores. “Essa visão assistencialista é predominante, uma cultura que estimula a ideia de que

saúde no trabalho se resume em médico para consultas clínicas isoladas” (CARNEIRO, 2015, p. 04).

Essa concepção reducionista faz com que os servidores pensem que estão tendo suas necessidades atendidas. Cabe destacar que, há 30 anos, a FURG oferece o atendimento de consultas médicas e odontológicas aos servidores. Poder-se-ia afirmar que essa construção fez com que alguns servidores entendessem que saúde do trabalhador está reduzida ao atendimento médico e odontológico.

Entender a influência da organização do trabalho na qualidade de vida, na saúde mental, na geração de sofrimento psíquico, no desgaste e no adoecimento dos trabalhadores é de fundamental importância não somente para a compreensão e para a intervenção em situações de trabalho que possam acarretar diversas formas de sofrimento, mas para a superação e a transformação dessas organizações (LANCMAN, 2008, p. 35).

As instituições precisam superar o caráter assistencialista que foi seu pilar de construção durante muitos anos, desempenhando, assim, políticas focalizadas, fragmentadas e de pronto-atendimento.

A reflexão corrobora com a tardia construção da Política de Atenção à Saúde dos Servidores Públicos Federais. Conforme Silva (2013, p. 110), “A política social de saúde para o servidor, assim como nos moldes gerais da política social, é tardiamente implantada, o que se constata ao ser dito que estamos um passo atrás em relação à política de saúde para o trabalhador da iniciativa privada”. Esse é um dos fatores que nos permite entender o quanto a saúde do trabalhador no serviço público precisa avançar em sua concepção e principalmente em ações que venham a descaracterizar essa visão reducionista.

4.1.2 A saúde do trabalhador como responsabilidade do trabalhador

A saúde do trabalhador como cuidado individualizado advém da histórica percepção de que a saúde se origina no cuidado com o próprio corpo, pertencendo a cada um o cuidado com o mesmo. Dessa forma, tal responsabilidade não pertence a qualquer outra instância, que não seja o seu próprio cuidado. Os servidores os quais entendem que saúde do trabalhador pertence à sua responsabilidade pessoal somente indicam que:

[...]. *É eu estar bem, desempenhando bem a minha função* (Sujeito 25).

[...] *olha...saúde do trabalhador é se o trabalhador é saudável ou não*
(Sujeito 22).

Foi possível observar que os sujeitos que responderam que saúde do trabalhador é algo individualizado são trabalhadores que entendem que a questão saúde é de sua responsabilidade. Eles compreendem que têm o compromisso de estar bem para o desenvolvimento das suas atividades. Segundo Dejours (2008, p. 170), “para a maioria das pessoas comuns, ter acesso a um emprego e conservá-lo, mesmo quando há sobrecarga de trabalho e que sua saúde esteja em risco, faz parte da “disciplina da fome”. O trabalho antes de mais nada é um ganha-pão”. É exatamente essa lógica de estar bem a qualquer custo que ainda hoje é reproduzida no meio. O trabalhador precisa estar bem, desenvolvendo suas atividades, não importa o estado de saúde em que se encontre.

Cabe destacar que os servidores os quais partem da concepção de que a saúde é de responsabilidade individual são profissionais que trabalham há mais de vinte anos na Universidade. A responsabilidade individual do cuidado pode ser entendida a partir das escassas políticas direcionadas ao servidor público federal, que, historicamente, sofre com políticas transitórias e fragmentadas. Segundo Dejours (2014, p. 59), “o individualismo é tipicamente uma formação que pertence ao imaginário social, e que contribui para lhe dar suas formas contemporâneas”. O individual também pode ser pensado como uma forma de não enxergar o coletivo ao qual se pertence; assim, o seu olhar torna-se restrito ao seu desenvolvimento enquanto trabalhador.

O individualismo vem tomando espaço significativo nas relações, seja pelas mudanças oriundas das relações sociais, seja por uma defesa pessoal, pois, enquanto o olhar está voltando para a sua questão individual, é negado o coletivo e, conseqüentemente, a amplitude das conflituosas relações, como afirma Dejours (2014, p. 59), “é aquilo que os procedimentos coletivos de defesa não chegam mais a controlar, estará necessariamente, agora, a cada sujeito individualmente.” O desfecho do individualismo aponta para o fortalecimento de relações enfraquecidas, despojadas de significados, pertencimentos, e a luta por melhorias nos diversos setores que envolvem a vida dos trabalhadores, nesse caso, a saúde.

4.1.3 A saúde do trabalhador como responsabilidade individual e institucional

A saúde do trabalhador como compromisso/responsabilidade individual e institucional faz refletir na ênfase estabelecida pela política em saúde do trabalhador, com objetivos claros que primam para que essa relação dual seja reconhecida como um compromisso que ultrapasse as barreiras individuais e institucionais; tornando possível, assim, entendê-la como uma relação única. Os servidores os quais visualizam que saúde do trabalhador é um compromisso institucional e pessoal colocam:

[...] *é o bem-estar do trabalhador e programas voltados a ele* (Sujeito 26).

[...] *entendo que a saúde é o bem-estar na sua função e na sua atribuição* (Sujeito 18).

[...] *é trabalhar e se sentir bem no que está fazendo* (Sujeito 18).

Nesses depoimentos, fica explícito que os sujeitos entendem que saúde do trabalhador deva ultrapassar a questão individual e que o cuidado à saúde deve ser partilhado entre o servidor e a Universidade, sendo assim destacadas algumas características básicas, como a atenção à saúde e as questões relacionadas às atividades laborais.

[...] *é o meu cuidado e o cuidado da Universidade* (Sujeito 12).

Observa-se que, quando o sujeito assinala que o cuidado é pessoal e institucional, revela que esse é um divisor, em que ambos os grupos têm tarefas a desenvolver para que a saúde seja de fato garantida. “Assim, destaca-se o lugar da organização social na produção do processo saúde doença e evidencia-se o papel do Estado, dos sistemas de saúde e do modelo de atenção à saúde” (Mendes, 2011, p. 40), como parte importante do cuidado a ser realizado. E, ainda, segundo Mendes (2011, p. 45), “nessa perspectiva é indispensável reunir forças que contribuam para que a saúde do trabalhador, que se constrói historicamente em campo de

permanente tensão na relação capital e trabalho, possa vir a representar o inverso dessa realidade”.

4.1.4 A saúde do trabalhador e a questão da saúde mental

A saúde do trabalhador é um tema bastante amplo, o qual abarca todas as questões que envolvem os trabalhadores em suas relações de trabalho. Durante muitos anos, a ênfase de cuidado era voltada ao corpo físico, aquele exposto ao sofrimento. O sofrimento mental é considerado como algo que pode ser controlado, exatamente por não demonstrar lesão visível, aquela que expõe o sofrimento, independente do desejo. Assim, o processo de adoecimento mental acaba sendo sempre disfarçado e negado; corroborando, assim, para o seu não reconhecimento.

Diante das novas concepções que vêm sendo, hoje, construídas em torno do trabalhador, os olhares foram ampliados; possibilitando, assim, enxergar-se também a saúde mental. Nesse sentido, alguns sujeitos afirmam que saúde do trabalhador é também o cuidado da saúde mental:

[...] acho que são duas questões, a saúde física e a mental.

(Sujeito16).

[...] é preciso que haja um trabalho mais efetivo na questão psicológica

(Sujeito 16).

[...] é qualidade de vida, é a busca por saúde física e mental (Sujeito 13).

[...] seria o bem-estar geral, psicológico, físico e odontológico (Sujeito 12).

Identificam-se nas falas dois aspectos – o olhar físico e o mental –, mas é possível observar que o destaque é para o cuidado mental. A ênfase no cuidado mental emerge das relações que foram e são construídas até hoje. Essas relações apontam sempre para a aceitação do adoecimento visível – aquele possível de enxergar –, que é oriundo do adoecimento aceito socialmente, “mesmo intenso, o

sofrimento da doença mental é razoavelmente bem controlado pelas estratégias defensivas, para impedir que se transforme em patologia” (Dejours, 2015, p. 156).

Esse reconhecimento dos servidores para um olhar com a saúde mental faz parte de um processo do reconhecimento de suas debilidades enquanto trabalhador, no cuidado pessoal, de enxergar que, além de um corpo físico, existe uma questão psíquica que também está diretamente ligada à sua saúde.

Entender a influência da organização do trabalho na qualidade de vida, na saúde mental na geração de sofrimento psíquico, no desgaste e no adoecimento dos trabalhadores é de fundamental importância não somente para a compreensão e para a intervenção em situações de trabalho que possam acarretar diversas formas de sofrimento, mas para a superação e a transformação dessas organizações (DEJOURS, 2008, p. 35).

Diante das falas e das interpretações, há a reflexão sobre a amplitude do olhar que deve ser disposta ao trabalhador, levando em consideração suas peculiaridades, diferenças, sua história de vida e tudo aquilo que compõe sua vivência pessoal e profissional.

4.1.5 A saúde do trabalhador a partir da concepção ampliada de saúde

A sinalização para o olhar da totalidade do ser humano em sua dimensão social enquanto trabalhador faz refletir que “não há separação entre o social e o biopsíquico, que se unem por um vínculo de mediação externa, pois o processo de trabalho é, ao mesmo tempo, social e biopsíquico” (SILVA, 2013, p. 61). As interpretações dadas à saúde do trabalhador mostram que as necessidades advindas dos trabalhadores emergem de toda ordem, “ainda que a ideologia dominante seja de que os problemas externos ficam fora do trabalho e não devem interferir na relação trabalhista” (SILVA, 2013, p. 64). Foi possível identificar, na fala dos sujeitos, o apontamento de que saúde do trabalhador é algo amplo, e que não se reduz à perspectiva biomédica:

[...] eu entendo que além de precisar de consulta médica, dentista... é preciso acompanhamento psicológico (Sujeito 24).

[...] acho que é um atendimento que deve ser regular, atendendo às necessidades gerais de cada um (Sujeito 21).

[...] *é ter equipamentos de proteção individual* (Sujeito 12).

[...] *é não ser submetido a risco na sua função* (Sujeito 05).

[...] *é acho que é a preocupação geral com o servidor, desde a cadeira que ele senta* (Sujeito 14).

[...] *acho que é a qualidade da estrutura, a prevenção de problemas e alguns cuidados básicos de relacionamento com chefias* (Sujeito 19).

[...] *é qualidade de vida* (Sujeito 18).

Nas afirmações aqui constantes, observa-se que os sujeitos entendem que a saúde do trabalhador está além das questões perceptíveis, podendo atingir as diferentes esferas da vida do trabalhador. Segundo MENDES, et al., (2011, p. 42):

A compreensão sobre a concepção de Saúde do Trabalhador é entendida como um processo dinâmico, social, político e econômico que envolve diferentes manifestações de agravos, relacionados aos processos de trabalho aos processos sociais e que requer a articulação de um conjunto de conhecimentos e intervenções que possam incidir sobre as condições efetivas do processo de saúde doença e de proteção social.

Ainda que as falas dos sujeitos explicitem concepções simples a respeito da terminologia saúde do trabalhador e seus significados, destaca-se que estes evidenciam a saúde do trabalhador no âmbito das relações humanas, necessitando, assim, um olhar ampliado dessa relação homem/trabalho.

A busca pelo reconhecimento do olhar do trabalhador em sua composição humana faz com que se tenha uma reflexão ao entendimento de Dejours (2014, p. 24) sobre “A Relação Homem –Trabalho”:

- O organismo do trabalhador não é um “motor humano” na medida em que é permanentemente objeto de excitações, não somente exógenas, mas também endógenas.

- O trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas, que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais.

- O trabalhador, enfim, em razão de sua história, dispõe de vias de descarga preferenciais que não são as mesmas para todos e que participam na formação daquilo que denominamos estrutura da personalidade.

É perceptível que muitas instituições ainda trabalham com a lógica de que saúde do trabalhador está diretamente ligada ao adoecimento. Essa forma de enxergar torna-se menos danosa para as instituições, pois reconhecer que a saúde

do trabalhador ultrapassa as diversas formas de adoecimento requer uma atuação diferenciada frente à problemática.

As instituições que representam as diferentes áreas necessitam abrir-se para esse processo, identificando os nós górdios, que vêm historicamente engessando as estruturas e determinando condutas profissionais e técnicas conservadoras e reprodutoras de antigas estratégias travestidas de novas (MENDES, et al., 2011, p.42).

Ainda nesse mesmo viés, foi perceptível que o conceito de saúde do trabalhador para os servidores que desenvolvem seu trabalho na área da saúde é acrescido de algumas peculiaridades impostas pela área, pois desenvolvem suas atividades diretamente no cuidado com o outro.

O Estado de dominação dessa força de trabalho, quase que integralmente em todas as suas ações, só pode trazer consequências para a saúde desses trabalhadores, que sofrem com a natureza do seu trabalho “a dor humana” e a pressão em forma de cobrança de ações e o sentimento de impotência pela pouca ou quase nenhuma participação no processo decisório (SILVA, 2013, p. 279).

O que se verifica nas falas a seguir:

[...] *no hospital lidamos com muita morte, muita tristeza* (Sujeitos 02 e 11).

[...] *O trabalhador precisa trabalhar sem dor, com qualidade, para cuidar dos outros* (Sujeito07).

[...] *Saúde do trabalhador é ter um ambiente adequado para exercer suas funções* (Sujeito 06).

[...] *é ter uma chefia que se importe com o trabalhador, pois quando o servidor está doente, ele é ruim* (Sujeito 06).

Diante dos relatos, é possível identificar que os servidores que trabalham na saúde entendem saúde do trabalhador com uma maior amplitude, dado que poder ser afirmado pela fragilidade do trabalho executado. “Na lógica do neoliberalismo, e das precárias condições de vida, os vínculos de trabalho tendem a corroer ainda mais a dignidade do ser humano, principalmente do trabalhador da saúde, exposto a toda situação de vulnerabilidade do trabalho” (SILVA, 2013, p.289).

Aprender a compreender as relações de trabalho exige mais do que a simples observação e, sobretudo, exige uma escuta voltada para quem

executa o trabalho. Para apreender o trabalho em sua complexidade, é necessário entendê-lo e explicá-lo para além do que pode ser visível e mensurável: é necessário que se considere também a qualidade das relações que ele propicia (Dejours, 2008, p. 35).

Os sujeitos entrevistados, ao serem enfáticos em suas falas, trouxeram dados que revelam que cuidam da saúde do outro, mas não são cuidados diante de suas limitações. Sendo então de difícil compreensão, entende o que é saúde do trabalhador.

4.2 A percepção dos servidores sobre a atenção à saúde desenvolvida pela FURG

O item que se inicia irá abordar o olhar dos servidores sobre a atenção à saúde ofertada aos servidores no âmbito da Universidade. Este item está dividido em quatro subitens, são eles: A percepção da atenção à saúde na FURG; A percepção da saúde do trabalhador nos ambientes de trabalho; A percepção dos servidores sobre o adoecimentos e os desfechos nos ambientes de trabalho; e A percepção sobre o atendimento na Diretoria de Atenção à Saúde(DAS).

4.2.1 A percepção da atenção à saúde na FURG

Com o intuito de avançar no debate sobre a perspectiva da saúde do trabalhador na FURG, torna-se necessária a identificação de como os servidores enxergam a saúde no contexto institucional. Entre aqueles que buscam definir a saúde do trabalhador na FURG, têm-se as seguintes falas:

[...]olha...eu acho que atenção com o servidor não tem nenhuma (Sujeito 17).

[...] eu acho uma saúde muito fragmentada (Sujeito 13).

[...] a saúde deve ser enxergada como um todo, mas não é (Sujeito 08).

[...] acho que deveria ter uma atenção especial e a Universidade está deixando a desejar (Sujeito 10).

[...] acho a saúde ofertada ao trabalhador bastante fraca (Sujeito 1).

[...] a saúde ofertada não é nada humanizada, não tive atenção nenhuma após meu acidente (Sujeito 24).

Ainda cabe destacar a fala dos profissionais que ficam em setores distantes da Unidade de Atendimento aos Servidores:

[...] *O grupo do hospital não tem acesso a consulta, consultamos no pronto-socorro, como todos os usuários que chegam ao pronto-atendimento* (Sujeito 13).

[...] *acho que, para os servidores da sede, o atendimento está bem, mas, para os servidores que ficam fora da sede, o atendimento está precário* (Sujeito 16).

[...] *temos dificuldade de deslocamento para acessar os recursos humanos da universidade. Nossa realidade é completamente fora do campus* (Sujeito 13).

[...] *sofremos com a distância do hospital em relação ao campus. Além disso, necessitamos de alguém que leve o atestado até o campus* (Sujeito 11).

[...] *deveria ter acesso para as pessoas entregarem o atestado, outro local, outro horário* (Sujeito 08).

[...] *O ideal seria um médico para atender o trabalhador do hospital* (Sujeito 11).

Diante dessas colocações, pode ser apreendido que os servidores que trabalham distante da sede acabam tendo um atendimento diferenciado dos trabalhadores que têm sua lotação de trabalho diretamente no campus – onde fica situada a Unidade de Atenção à Saúde dos Servidores. O número de trabalhadores que desenvolvem suas atividades fora do campus, hoje, ultrapassa 400. Diante de tais afirmações, é possível afirmar que a atenção à saúde prestada entre os servidores da Universidade é diferenciada. Segundo Bizarria e Tassigny (2013, p. 75) “um aspecto relevante é que as questões relativas à saúde dos servidores só se tornam prioridade quando o adoecimento ocasiona ausência ao trabalho”.

Nesses depoimentos, fica explícito que os sujeitos compreendem a saúde do trabalhador no âmbito da FURG, a partir da relação entre Instituição e as necessidades do trabalhador no contexto de trabalho. Essa forma de compreensão pode ser encontrada na literatura de Estanque (2009, p. 343), o qual coloca que “os

efeitos da globalização têm induzido novas formas de trabalho cada vez mais desreguladas, num quadro social marcado por flexibilidade, individualização e precariedade da força de trabalho”.

O destaque para a relação entre a Instituição e as necessidades dos trabalhadores corrobora com as concepções adotadas nos ambientes institucionais, que têm como base os atendimentos para as necessidades aparentes dos trabalhadores. Os ambientes institucionais vão sendo ampliados conforme as demandas que vão surgindo. Essa organização faz com que os trabalhadores percebam uma desarmonia no atendimento ofertado e na visão instituição/trabalhador. Podendo, ainda, ser percebido que o trabalhador é atendido dentro de suas necessidades básicas e aparentes.

Observa-se que, em um dos depoimentos, o sujeito destaca que a “saúde é nada humanizada”. A partir dessa concepção, é possível verificar que sobre o conceito de humanização, podemos destacar:

A “humanização” enquanto política pública de saúde vem-se afirmando na atualidade como criação de espaços/tempos que alterem as formas de produzir saúde, tomando como princípios o aumento do grau de comunicação entre sujeitos e equipes (transversalidade), assim como a inseparabilidade entre a atenção e a gestão (Pereira e Barros, 2006).

A humanização tomou corpo a partir do ano de 2003, com a implementação da Política Nacional de Humanização, que objetiva atender aos princípios do SUS e articular relações entre gestores, trabalhadores e usuários. Ainda que seja uma política que nasce no âmbito do SUS, como forma de articular aqueles trabalhadores, a referida política toma corpo no cotidiano, como uma prática que vai além de sua implementação nos princípios do SUS. O termo humanização invoca um olhar atento nas relações de saúde. “Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado” (PNH, 2013).

O termo humanização acaba por ser implementado nas relações como aquele olhar, ou atendimento que será tratado com atenção, cuidado, sensibilidade, ou seja, a humanização surge como um viés onde é possível identificar que o tratamento será diferenciado. Essa diferença se dá pela amplitude de entendimento que vai haver nas relações, nesse caso, entre o trabalhador e as relações com a instituição.

A partir das reflexões apresentadas, é possível perceber que a Política de Atenção à saúde e Segurança dos Servidores Públicos (Pass) ofertada, ainda

caminha a passos lentos para que possa atender às demandas oriundas da relação saúde e trabalhador.

Nesse contexto de reflexão crítica quanto à limitação de modelos vigentes, criam-se os alicerces para o surgimento dessa nova forma de apreender a relação trabalho-saúde, de intervir nos ambientes de trabalho e consequentemente de introduzir, na saúde pública, práticas de atenção à saúde dos trabalhadores, no bojo das propostas da reforma sanitária Brasileira (Minayo-Gomez e Thedin-Costa, 1997, p. 25).

Como já salientado, a política de atenção à saúde do trabalhador se desenvolveu tardiamente, dando espaço para a inserção de políticas de toda ordem, no serviço público federal, ou seja, cada órgão público ofertava diferentes serviços em prol da saúde do servidor. É possível pensar que essa dispersão política fez com que fossem criados diferentes modelos de gerenciamento do tema. Esses modelos diferenciados levam a uma árdua caminhada para a construção de uma política uniforme, se é que um dia será realmente efetivada.

A constituição da atenção à saúde nos diferentes espaços foi se dando de diferentes formas, ligadas aos contextos políticos e sociais vigentes, deixando, assim, sempre uma lacuna no que se trata da construção de uma política efetiva, inclusive no âmbito das próprias instituições. É possível verificar que, em determinados governos, houve avanços; em outros, o esquecimento do referido tema. Segundo Minayo-Gomez e Thedin-Costa (1997, p. 25), “a área de Saúde do Trabalhador, no Brasil, tem uma conotação própria, reflexo da trajetória que lhe deu origem e vem constituindo seu marco referencial, seu corpo conceitual e metodológico”.

Nessa desarmonia entre a construção e efetivação de uma política voltada aos trabalhadores, criou-se um processo de invisibilidade da saúde do trabalhador dos servidores do serviço público. Dessa forma, foram-se constituindo as políticas ofertadas aos servidores, deixando sempre a premissa da não continuidade, gerando, assim, um sentimento de abandono nas relações entre a saúde do trabalhador e a instituição.

Cabe destacar que a tardia e fragmentada política ofertada aos trabalhadores fez com que, hoje, eles desconheçam que existe uma Política de Assistência à Saúde do Servidor (PASS). Esse dado trouxe surpresa na análise desta pesquisa, pois, de todos os servidores entrevistados, nenhum tem conhecimento da PASS. A

percepção foi a de que os servidores entendem que a FURG oferta determinados serviços, e, assim, não compreendem que tais serviços sejam oriundos de uma Política de garantias. Conforme afirma Silva (2013, p. 105),

essa política vem sendo coletivamente construída e está baseada na equidade, universalidade de direitos e benefícios, na informatização de procedimentos, na otimização de recursos e em medidas que produzam impactos na vida dos servidores públicos federais.

Diante da afirmação de Silva, o qual destaca que a política vem sendo construída coletivamente, é cabível analisar de qual coletivo se está falando, pois é perceptível que esse deve ser composto por gestores que não difundam as informações. Fala-se de uma política implantada no ano de 2009, ou seja, faz sete anos de sua implantação e os servidores continuam a desconhecer a PASS.

Essa proposta da construção da PASS é motivada pelas recomendações dos órgãos internacionais, a exemplo da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que faz menção à saúde dos trabalhadores e das relações de trabalho, incluído os trabalhadores da função pública. Proposta essa ainda não concluída, a exemplo da falta de regulamentação e implantação do controle social do servidor público através da Comissão Interna de Saúde do Servidor Público Federal (Cissp), não nasce apenas da intenção governamental e técnica da Administração pública Federal (APF), mas sobre pressão da OIT, e das reivindicações históricas das entidades representativas dos servidores públicos e das últimas conferências nacionais de saúde do trabalhador, que fazem recomendações à saúde do servidor público (SILVA, 2013, p.106).

Esses dados trazidos pela autora são bastante relevantes para que possamos entender e pontuar talvez um dos principais motivos do desconhecimento dos servidores em relação à política ofertada. Fica evidente que, ainda que tardiamente, a implantação da (PASS) se deu em meio a pressões e reivindicações de órgãos internacionais e de Conferências em Saúde do trabalhador.

Não há aqui a pretensão de se pontuar qualquer novidade em relação à implantação de políticas sociais no Brasil, que, historicamente, advêm de infindáveis batalhas, que acabam por cumprir agendas estabelecidas. Assim, não seria diferente a sua implantação no Serviço Público Federal.

4.2.2 A percepção da saúde do trabalhador nos ambientes de trabalho

Esse item aborda a relação de atenção à saúde dos trabalhadores nos diversos ambientes de trabalho na Universidade. Diante da perspectiva de se perceber a saúde do trabalhador nos locais de trabalho, é possível identificar como o ambiente de atuação enxerga essas questões. De acordo com algumas falas, fica exposta a compreensão dos sujeitos, conforme segue:

[...] *Quando retornei do meu afastamento, os colegas me perguntaram como estava o meu “dodói”* (Sujeito 24).

[...] *Só querem que tu estejas ali pra trabalhar e deu, ninguém está preocupado com nada mais além do trabalho* (Sujeito 24).

[...] *eu gostaria que a atenção à saúde dos servidores existisse no local de trabalho. A atenção deveria ser voltada ao trabalhador, mas hoje não existe isso* (Sujeito07).

[...] *A coordenação do meu setor ignora as necessidades e limitações do servidor. Não temos qualquer apoio perante a nossa coordenação.* (Sujeito 06).

Identificam-se, nessas falas, aspectos da relação com a chefia e com os próprios colegas no ambiente de trabalho. Segundo Dejours (2015, p. 96), “relação do trabalho”, são todos os laços humanos criados pela organização do trabalho: relações com a hierarquia, com as chefias, com a supervisão, com os outros trabalhadores”.

Nas relações com as chefias, é possível perceber que há falta de sensibilidade em entender as peculiaridades de cada servidor, que fica evidente na fala do sujeito, ao destacar “*a coordenação do meu setor ignora as necessidades e limitações do servidor*”. É possível perceber que as relações de trabalho, desde seus primórdios, são baseadas nas relações de poder, em que é perceptível um distanciamento entre o trabalhador que detém algum tipo de cargo e aquele meramente “executor de tarefas”.

É comum que o colega de profissão, após adquirir qualquer cargo de chefia, desestabilize suas relações, com seus até então colegas de trabalho, o que pode ser

ilustrado por meio da seguinte fala: *“quando retornei do afastamento, os colegas perguntaram como estava o meu dodói”*. “A desigualdade na divisão do trabalho é uma arma terrível de que se servem os chefes a bel-prazer da própria agressividade, hostilidade ou perversidade” (Dejours, 2015, p. 97).

Cabe destacar, contudo, que as relações de chefias e trabalhadores acabam por atingir as próprias relações entre colegas, pois é desencadeado um processo de exaltação das atitudes dos chefes, por alguns colegas, e que acabam por reproduzir suas atitudes, o que pode ser destacado na fala *“os colegas me perguntaram como estava o meu dodói”*. Esse depoimento nos remete à banalização do sofrimento do outro, que é, sem dúvida, advinda das relações que se criam em torno do poder e da submissão. “Eles são incentivados por uma perversidade que contamina o ambiente, estimula condutas que levam à desqualificação, à desvalorização e à depreciação do “outro” e causa dano, sofrimento e até mesmo doenças” (Barreto, citado em Aguiar, 2006, citado por Druck, 2013, p.70).

4.2.3 A percepção dos servidores sobre o adoecimento e os desfechos nos ambientes de trabalho

Ainda diante das declarações dos sujeitos sobre como consideram a saúde do trabalhador em seus ambientes de trabalho, destaca-se como os servidores são tratados quando ocorre situação de adoecimento/afastamento, o que se pode averiguar nas seguintes falas:

[...] *O negócio é trabalhar e produzir, não importa se estamos doentes. Somos cobrados como máquinas* (Sujeito 02).

[...] *muitos colegas adoecendo por problemas de saúde mental, mas existe muita dificuldade para entendimento* (Sujeito 16).

[...] *adoecemos trabalhando e existe um descaso total quando estamos adoecidos* (Sujeito 07).

[...] *Precisamos de uma chefia que sempre se importe com o trabalhador, pois quando estamos doentes, somos ruins* (Sujeito 06).

[...] *acho que não se preocupam com nada* (Sujeito 03).

Nesses depoimentos, é possível identificar que o trabalhador adoecido não é bem visto no ambiente de trabalho. Segundo Silva (2013, p. 56):

Essa visão parcial obscurece o complexo entendimento da relação no processo trabalho-saúde, visto que uma parte dela é colocada fora do âmbito do trabalho e passa a ser compreendida como “doença natural ou geral”, portanto, um problema pessoal do indivíduo.

A individualização das questões continua a nortear as relações, sejam de trabalho, sejam de vida. Essa lógica torna os seres humanos cada dia mais indiferentes à situação do outro. É fato que os cargos de chefias tendem a estar fortemente ligados a essa conduta do menosprezo às relações com seu subordinado. Fato perceptível na seguinte fala: “*precisamos de uma chefia que se importe sempre com trabalhador*”; diante da exposição, pode-se identificar que o valor do ser humano está diretamente atrelado ao desenvolvimento de seu trabalho dentro dos parâmetros estabelecidos, como forma de produção. Segundo Silva (2013, p.61):

Assim, no processo trabalho-saúde, a principal categoria analítica é o processo de produção. Na sociedade capitalista, chega-se a essa categoria ao considerar que o processo de produção organiza toda a vida social, porque é simultâneo ao processo de valorização do capital e dos modos específicos de trabalhar do processo de trabalho. Essa categoria permite estudar uma realidade concreta sob a lógica de acumulação (processo de valorização) e seu meio, o processo de trabalho, como um modo específico de trabalhar (desgastar-se).

Quando adoecidos, os trabalhadores deixam de produzir e satisfazer as necessidades do ambiente e, conseqüentemente, da chefia superior. Essa lógica, de atribuir o valor do trabalhador à produção, acaba por, naturalmente, ignorá-lo em suas peculiaridades e, como efeito, aceitá-lo nas fragilidades de seu corpo ou de sua saúde mental.

4.2.4 A percepção sobre o atendimento na Diretoria de Atenção à Saúde (DAS)

Neste item, será apresentado o atendimento na Diretoria de Atenção à Saúde, que vai desde a avaliação do atendimento em uma perspectiva geral até aqueles que destacam como foi a entrega de estados. No que se refere ao atendimento

realizado aos servidores quando da utilização da Unidade de Atendimento aos Servidores, podem ser destacadas as seguintes falas:

- [...] *foi um atendimento bom* (Sujeito 26).
- [...] *eu só tive a perícia médica e nada além disso*(Sujeito 24)
- [...] *Atendimento rápido* (Sujeito 23).
- [...] *eu somente entreguei meu atestado na DAS* (Sujeito 22).
- [...] *foi um atendimento tranquilo* (Sujeito 17).

Ao analisar esses depoimentos, é possível perceber que os sujeitos identificaram o atendimento na Unidade diretamente, sem qualquer detalhamento ou até mesmo destaque. O que pode ser percebido em uma das falas, quando o sujeito notifica: “*Eu só tive a perícia médica e nada mais*”. A expressão *nada mais* remete ao pensamento do que se espera de um momento assim. É notório que o sujeito traz a expectativa de um atendimento ampliado e de atenção à sua saúde. Segundo Mendes et al., 2011, p.23):

Assim, entende-se a proteção social como uma mediação fundamental para a garantia de direitos sociais, mas, acima de tudo, como instrumento indispensável no enfrentamento das determinações sociais, que impactam sobre o trabalho e, fundamentalmente, na relação com a saúde do trabalhador, no processo de saúde-doença.

A leitura das entrevistas levou a observação de discursos bem distintos no que se refere à entrega de atestado. No entanto, foi possível identificar que todos convergem para o mesmo entendimento do trabalho, conforme indica as seguintes falas:

- [...] *na entrega do meu atestado, eu tive um atendimento meramente burocrático* (Sujeito 10).
- [...] *minha experiência de atendimento na DAS foi ruim, uma vez que o servidor se afasta, era para haver uma maior preocupação, dispondode atendimento de médico e assistente social* (Sujeito09).
- [...] *eu entreguei o papel e pronto, mas tenho medo de precisar mais vezes* (Sujeito 08).
- [...] *já tive muitos colegas que foram muito maltratados na entrega do atestado* (Sujeito 08).

[...] *existe uma questão punitiva muito grande pra quem entrega atestado, me senti coagida e questionada de forma invasiva* (Sujeito 13).

[...] *A única preocupação é o CID, deveriam era se preocupar porque o servidor está adoecendo. Assim, melhoraria a produtividade e a assistência* (Sujeito 04).

[...] *O atendimento na entrega do atestado foi como se eu fosse uma pessoa de má-fé* (Sujeito 10).

[...] *entreguei um atestado longo e me senti coagida pelas interrogações. Questões que nem eu sabia, e não tinha como saber* (Sujeito 17).

As interpretações deixam claro que os sujeitos invocam atenção, ou seja, o desejo e a necessidade de serem acolhidos. Um dos sujeitos destaca o trabalho do profissional assistente social e do psicólogo, essa referência emerge a partir de um olhar especializado, no qual os trabalhadores possam ser percebidos nas motivações que levaram a seu afastamento, podendo, assim, ser acolhidos na totalidade de suas necessidades.

Essas afirmações indicam que o servidor quer ser acolhido, conforme Chupel e Miotto (2010, p. 38), “tem sido compreendido como um dispositivo capaz de alterar o modelo tecnoassistencial na assistência à saúde, pautado no desenvolvimento de práticas que contemplem o princípio da integralidade”. Os sujeitos trazem falas que evidenciam a necessidade do reconhecimento das problemáticas existentes, como: “*Foi meramente burocrático*”. Essa anotação reafirma a necessidade de um atendimento que atenda à complexidade da demanda. Ainda, conforme destaque do Ministério da Saúde (2010, p. 19):

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constituiu como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

O acolhimento deve ser visto como forma institucional de atender ao outro, no sentido de que o sujeito possa ser percebido em suas peculiaridades. Esse objetivo

de “acolher” deve ultrapassar barreiras de formação profissional, julgamentos pessoais, morais e até mesmo questões burocráticas que acabam por se tornar a questão basilar do atendimento, desconhecendo, assim, a caracterização da demanda que chega. O objetivo do atendimento, dentre outros, deve ser o de fazer cumprir as normatizações e leis, mas, acima de tudo, deve ultrapassar as barreiras da burocratização e atender à problemática.

A definição de acolhimento como fornecimento de informações emerge uma vez que se considera que há informações relevantes a serem repassadas ao usuário em questão. Estas informações podem ser de natureza mais diversa, circunscritas ao âmbito da instituição de saúde na qual ele se encontra, bem como informações referentes a outras políticas sociais ou serviços sociais essenciais à sua situação (Chupel e Miotto, 2010, p.49).

No entanto, cabe destacar que acolher é também fornecer informações, caminhos e até mesmo soluções. O acolher implica compromisso com o outro em fazer o que for necessário para que se adquira, dentre outras, uma relação de respeito ao ser humano.

Esses depoimentos têm em comum a percepção de que existe um mal-estar no afastamento do trabalho, na licença de tratamento de saúde (LTS). Diante das falas, é possível perceber que os relatos diferem somente quanto à situação, pois as questões levantadas acabam identificando-se enquanto avaliação do atendimento prestado.

Cabe, aqui, todavia, uma reflexão acerca do contexto e da forma como esses sujeitos chegam até a unidade para a entrega do atestado. A experiência como profissional da área permite dizer que os servidores, quando chegam à Unidade para a entrega de uma Licença de Tratamento de Saúde (LTS), apresentam insegurança em relação ao desconhecido, ao submeter-se a uma avaliação – como comprova a literatura de Brant e Minayo (2004, p. 215), “O sofrimento, marcado por um „estado de expectativa diante do perigo”, pressupõe a existência de um registro, de um código linguístico que permite identificar, nomear e comunicar determinadas percepções avaliadas como ameaça”. Ressalta-se que o momento de se afastar do trabalho traz em si um sofrimento pessoal, no sentido de não estar cumprindo com suas tarefas, ou seja, estar se afastando de suas responsabilidades e compromissos.

É a inserção num discurso que permite a representação de um acontecimento como perigoso ou não, portanto capaz de desencadear sofrimento ou não. O perigo pode estar, concretamente, no ambiente e ser representado como ameaça, uma mesclagem de experiência e memória, ou pode estar interiorizado, apenas como fruto do imaginário (Brant e Minayo, 2004, p. 215).

É possível afirmar que uma das causas de sofrimento do trabalhador emerge da histórica repressão sofrida em relação ao seu reconhecimento enquanto ser humano, que, ao mesmo tempo, dispõe de saúde e priva-se dela. O que se pode verificar nas escritas de Dejours (2015, p. 36): “a doença e vagabundagem é característica do meio. Um verdadeiro consenso social se depreende assim, que visa a condenar a doença e o doente”. Esse processo de não reconhecimento do adoecimento nem mesmo por parte do trabalhador reforça a afirmativa de que ainda se vive um velado julgamento daquilo que realmente é adoecimento, que, segundo Brant e Minayo, (2004, p. 216), “exige um cuidadoso estudo de modo que se possa avançar na compreensão do ser no mundo do trabalho, para além do corpo e da linguagem”.

A compreensão do adoecimento por profissionais da área de assistência à saúde tem importante relevância no que diz respeito ao desconforto sentido pelos sujeitos quando da Licença para tratamento de saúde (LTS), o que pode ser percebido na seguinte fala: “*Existe uma questão punitiva muito grande para quem entrega atestado, me senti coagida e questionada de forma invasiva*”. Diante dessa afirmação, pode-se perceber que, além das questões exteriores que podem estar intrínsecas a pensamentos e questões do imaginário do sujeito, é possível que pensemos nas posturas adotadas pelos profissionais que dispõem dessa “avaliação” à qual se submete o sujeito na entrega de atestado. Conforme destaca Brant e Minayo (2004, p. 216):

E assim compreender que mesmo na ausência de um comprometimento neuromuscular, resultado dos mais avançados exames de imagens, é possível a existência da dor no sujeito. O que não significa, necessariamente, manipulação histórica ou má-fé do trabalhador. Existe algo para além da doença ou da não-doença; e isso o médico jamais poderá esquecer, sob pena de operar um imenso reducionismo na sua prática e silenciar o sofrimento do trabalhador, adoecendo e estigmatizando-o.

4.3 A saúde do trabalhador na perspectiva dos seus servidores

Diante dos objetivos deste estudo – identificar e analisar a saúde do trabalhador no âmbito da FURG – foi estabelecida, levando-se em conta o debate contemporâneo sobre a saúde do trabalhador e a política para os servidores federais, a relação entre os seguintes itens: A saúde do trabalhador na perspectiva dos servidores da FURG e A percepção dos servidores sobre a atenção à saúde desenvolvida pela FURG. O tema teve como enfoque principal as políticas direcionadas aos servidores públicos federais e as relações dessa com os trabalhadores. Essa discussão partiu do processo histórico da saúde do trabalhador, passando pelo cenário mundial, evidenciando os momentos mais relevantes do processo, podendo ser destacadas lutas e importantes conquistas. Após, a discussão centra-se a partir da Constituição de 1988, quando começou a desenvolver-se o sistema de proteção social aos trabalhadores, que, conforme destaca Mendes et al., (2005, p.03), “embora muitas vezes pretendam pautar-se no „modelo de Estado de Bem-Estar Social“, o caráter excludente do regime autoritário burocrático e suas vinculações aos interesses privados não conformam com os direitos a Políticas Sociais adotadas”.

Por meio do histórico da saúde do trabalhador e do contexto em que a pesquisa aconteceu, podem-se destacar as concepções dos sujeitos entrevistados em relação à saúde do trabalhador, e ainda delimitar que estas estão marcadas por uma diversidade de questões, que sinalizam desde a saúde física, a saúde mental, o acesso aos serviços de atendimento aos servidores e a estrutura institucional. A saúde mental ganha destaque, e, assim, percebe-se que essa ênfase é dada, pois o mental não é visível, conseqüentemente, não há a sua aceitação, e, em alguns casos, o trabalhador acaba por assumir as características de um servidor que usa de má-fé para afastar-se do trabalho. Dessa forma, observa-se que as diversas concepções estão voltadas para a necessidade do cuidado do trabalhador na sua totalidade, não havendo qualquer novidade no que é de fato a saúde do trabalhador, e, assim, são expostas as vivências e as expectativas do servidor em relação à saúde do trabalhador ofertada pela FURG.

Em relação ao atendimento ofertado aos servidores, os trabalhadores salientam que existe falta de acesso para os servidores que não trabalham na sede, os quais acabam por ter dificuldades para realizar consultas, entregarem atestados e

acessarem as campanhas e os projetos ofertados pela Universidade. Ainda em relação ao atendimento aos servidores, destaca-se que a entrega de atestado é identificada como um momento de tensão, pois os trabalhadores sentem-se julgados como se estivessem procedendo com má-fé. Assim, percebem que a única preocupação durante a entrega do atestado é com o CID e com o número de dias que o servidor ficará afastado do trabalho. Essa ação tem caráter contraditório à política de saúde estabelecida, pois a imagem que se tem é a de que esse atendimento é de cunho fiscalizatório e perpassa o real objetivo de uma unidade de atenção à saúde do trabalhador. Ainda, foi enfatizado o sentimento de insegurança que é gerado quando os servidores precisam utilizar a Unidade para esse fim. Diante de tal realidade, os servidores salientam que há uma banalização do adoecimento pela as chefias, o que, em muitos casos, acaba por atingir, inclusive, os colegas de trabalho, que ironizam o adoecimento do outro com palavras de demérito e piadas em relação ao adoecimento do colega.

Quanto aos motivos do adoecimento, aparece um dado bastante significativo, quase 50% dos afastamentos no período são oriundos de servidores que realizaram cirurgias diversas, mas nenhuma ocupava o lugar de emergência. Dado que faz refletir sobre o quanto o afastamento por um motivo notório no corpo, em muitos casos, é o subterfúgio para que exista aceitação do trabalhador/instituição que, assim, afasta-se das atividades que lhe causam o adoecimento mental relacionado ao trabalho.

No que se refere ao conhecimento dos servidores sobre a Política da Atenção à Saúde do Servidor (PASS), a resposta foi unânime entre todos os servidores. Eles não possuem conhecimento da referida política, dessa forma, percebe-se que os servidores desconhecem os seus direitos enquanto saúde do trabalhador. Assim, torna-se evidente a aceitação dos atendimentos e entendimentos fornecidos, pois, dentre outras, a desinformação faz parte da fragmentação das políticas ofertadas e do conseqüente desinteresse pela implantação de políticas que atendam de fato às necessidades do trabalhador.

Nessa perspectiva, algumas questões ganharam referência na fala dos entrevistados. Dentre elas, destaca-se a expectativa dos servidores em relação à saúde do trabalhador ofertada pela FURG e à sua responsabilidade na efetivação, adentrando às diversas formas em que a saúde do trabalhador é refletida, tanto nas questões da vida humana, como nas relações de trabalho e Instituição. Tal

expectativa se concretiza, especialmente, nos servidores que estão com menor tempo de trabalho na Universidade, pode ser constatado que eles detêm maior entendimento da amplitude do tema Saúde do Trabalhador. Diante dessa realidade, evidenciou-se que os profissionais com maior tempo de serviço na Universidade tendem a ponderar os fatos em relação ao que é saúde do trabalhador e conseqüentemente aos seus desfechos na vida pessoal e profissional. Ainda cabe destacar que, conforme a percepção dos servidores sobre o que é saúde do trabalhador, são constituídas suas concepções em torno do tema, ou seja, aquele servidor que entende a saúde do trabalhador como algo que deve partir do cuidado pessoal continua a evidenciar em suas respostas questões que entoam sempre essa individualização.

No entanto, a relação dos servidores, da Instituição e da saúde do trabalhador no âmbito da Universidade é percebida a partir de um campo de conflitos, pois é destacado que há falta de sensibilidade e humanização entre colegas, chefias e o conseqüente entendimento do que é saúde do trabalhador. Os servidores concluem que o valor do seu trabalho só é reconhecido enquanto estão a desenvolver suas atividades: *“o negócio é trabalhar e produzir, não importa se estamos doentes. Somos cobrados como máquinas”* (Sujeito 02).

Frente ao exposto, cabe ressaltar que a saúde do trabalhador objetiva intervenção nas relações entre trabalho e saúde. “Assim é necessário pensar a saúde do trabalhador desde a sua organização na sociedade e no trabalho, compreendendo-se essa realidade sob uma perspectiva de sujeitos coletivos, conhecendo-os e reconhecendo-os historicamente” (MENDES, 2003, p. 63). Assim, valorizam-se as práticas exercidas por esses trabalhadores enquanto seres sociais que inegavelmente são compostos por suas histórias pessoais, sendo que não há possibilidade de dissociá-las de suas vivências externas, suas concepções.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na construção desta dissertação, foi possível formular algumas concepções sobre o tema Saúde do Trabalhador, mais especificamente no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande. Essas concepções provocaram um olhar ampliado sobre o tema, possibilitando uma análise do que é saúde do trabalhador na visão dos trabalhadores entrevistados, como está o atendimento prestado aos servidores e como a saúde do trabalhador vem sendo desenvolvida nesse espaço institucional. Buscou-se não somente responder aos objetos deste estudo, mas também elucidar as diversas questões expostas, afim de compreender o contexto em que essas relações se materializam no cotidiano.

No século XX, as representações de movimentos sociais questionavam a insuficiência da adoção de medidas sanitárias, acrescentando que o trabalhador precisava ser visto em sua integralidade de envolvimento com o trabalho. No final dos anos 70 e início dos 80, as condições de vida e trabalho foram sendo agravadas. Nesse contexto, os movimentos sociais começaram a se mobilizar, dando início ao Movimento da Reforma Sanitária, que tinha como propósito a construção de uma “nova” política de saúde, tendo como caráter principal a universalização do acesso.

A cientificação desse cenário e da mobilização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) culminou, ainda no ano de 1986, no acontecimento da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST). O objetivo era aglutinar forças para que, além do direito amplo à saúde, os trabalhadores fossem vistos em suas peculiaridades. Em 1988, a partir da Constituição Federal, ficou estabelecido que “A saúde é direito de todos e dever do Estado e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196). Ainda na Constituição Federal ficou estabelecida a garantia de direitos à saúde dos trabalhadores, “Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” (art. 200). A incorporação da saúde do trabalhador nos serviços de saúde é um processo de lutas e conquistas, mas é sabido que os desafios tornam-se cada vez mais complexos; necessitam, assim, ser enfrentados, principalmente, com enfoque nas relações que compõem essa fragilização, que vão desde questões econômicas e sociais às de convívio.

Frente a esses embates oriundos do mundo do trabalho, torna-se essencial indagar como os servidores da Universidade entendem o processo de saúde do trabalhador, tornando-se, assim, de fundamental importância a reflexão sobre o tema e sobre as questões que permeiam este estudo; podendo, assim, ser enriquecidos pelas relações cotidianas entre servidores e Instituição. Ao adotar as interpretações dos sujeitos, ampliam-se os olhares e, assim, evidencia-se a possibilidade de enxergar a perspectiva da integralidade de suas concepções, o que pode ser percebido no decorrer desta análise.

Os dados da pesquisa identificam que é por meio das vivências pessoais e com os colegas que são constituídas as percepções sobre a saúde do trabalhador na Universidade. Essa constatação possibilita destacar que nem sempre as concepções trazidas foram vivenciadas pelos trabalhadores, e, sim, por algum colega de trabalho. Diante disso, cabe salientar que as concepções que acabam se dando no âmbito da coletividade permitem que os servidores comecem a formar suas concepções sobre o cenário no qual vivem. Destaca-se que a visão coletiva do servidor tem grande importância, pois, ao enxergar a coletividade, é possível identificar o cenário no qual está inserido, mas cabe destacar que esse olhar, em alguns casos, pode influenciar negativamente as relações que vão sendo estabelecidas na Instituição, fato confirmado na fala que segue: *“já tive muitos colegas que foram muito maltratados na entrega do atestado, tenho medo de precisar (Sujeito08).*

Isso confirma que, na maioria dos casos, a relação vivenciada com um servidor influencia diretamente nas relações estabelecidas no coletivo. É relevante destacar, pois, que uma minoria de entrevistados entende que saúde do trabalhador é uma questão individualizada, partindo de uma avaliação individual. Foi possível constatar que os servidores os quais apresentam tal entendimento estão há mais anos exercendo suas atividades na Universidade e com idade mais avançada, reportando, nesse sentido, para a lógica empreendida pelo capital de que o trabalhador precisa estar bem para o desenvolvimento de suas atividades, não importando as suas peculiaridades enquanto ser humano.

Nos entrevistados do âmbito hospitalar, pôde-se confirmar uma diferença nas concepções de saúde do trabalhador, pois entoam as necessidades que surgem por trabalharem no cuidado da saúde e recuperação dos internos. Ratificam que *“lidam com morte e muita tristeza”* e que, talvez por ser um ambiente de saúde, haja a

naturalização da dor e do sofrimento do servidor, o que inviabiliza que o trabalhador seja percebido como um ser humano que também dispõe de dores e debilidades.

No que se refere às ações e aos procedimentos da FURG enquanto provedora do cuidado de seus trabalhadores, constatou-se a necessidade de que sejam vistos em sua totalidade. Entende-se que os servidores invocam a necessidade de um olhar a partir da amplitude do corpo humano, que sofre com questões físicas, psicológicas, ambientais, sociais e econômicas.

No âmbito dessa discussão, pode ser constatado que a relação entre trabalhadores e Instituição envolve aspectos de toda ordem, pois as questões colocadas envolvem necessidades advindas do ambiente de trabalho, de questões pessoais e institucionais. Essa interação não ocorre de forma coesa, pois é um espaço caracterizado por interesses múltiplos e acabam construindo relações contraditórias, que influenciam diretamente nas relações de trabalho e na vida. É fato que mesmo que sejam analisados todos os elementos que compõem esse cenário, não é tarefa fácil construir relações que possibilitem satisfação a todos os envolvidos.

A partir dos resultados da pesquisa, percebe-se que a Instituição representa papel central na efetivação da política de saúde do trabalhador ofertada aos servidores. Assim, é preciso analisar e avaliar constantemente como está sendo efetivada a referida política; possibilitando, assim, seu constante aprimoramento, conforme afirma Lancman (2008, p. 35):

Entender a influência da organização do trabalho na qualidade de vida, na saúde mental, na geração de sofrimento psíquico, no desgaste e no adoecimento dos trabalhadores é de fundamental importância não somente para a compreensão e para a intervenção em situações de trabalho que possam acarretar diversas formas de sofrimento, mas para a superação e a transformação dessas organizações.

Essas afirmações corroboram com os teóricos utilizados neste trabalho, os quais sinalizam que a saúde do trabalhador implica muito mais do que políticas disponíveis ao servidor, mas, sim, precisa, dentre outras, da conscientização de que a saúde do trabalhador implica trabalho, relações sociais e institucionais. Assim, a análise apresentada demonstra relevante importância para a Instituição e para os servidores, pois ilustra uma prévia dessa relação, podendo, a partir daí, serem vislumbradas ações que contribuam no contexto da saúde do trabalhador na FURG.

Portanto, sendo a pesquisadora profissional e pesquisadora da área, cabe salientar que todas as questões aqui apresentadas poderão ser levadas em consideração para o desenvolvimento de novos estudos. Nesse sentido, fica o desafio de que se incorpore o debate sobre o tema Saúde do Trabalhador no âmbito da Universidade, tema de suma importância para a melhoria na relação entre saúde, servidor e Instituição.

6. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Elsa Thomé de. **O processo de implementação da política de atenção à saúde do trabalhador em instituições públicas federais: o desafio da integralidade**, 2009. 97f. Dissertação (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca)- Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. <Disponível em: arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/2522>. Acesso em: 05 de jan.2016.

ANDRADE, E.T.; MARTINS, C.I.M.; MACHADO, H.J. **O processo de construção da LPica de saúde do trabalhador no Brasil para o setor público**. Configurações [online], 10/2012, 137-150. Disponível em:<<http://configuracoes.revues.org/1472>>. Acesso em: 04 jan.2016.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a centralidade do Mundo do Trabalho**. -11. ed.- São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2006.

ANTUNES,Ricardo. **SÉCULOXXI: NOVA ERA DA PRECARIZAÇÃO ESTRUTURAL DO TRABALHO?** Disponível em: www.fundacentro.gov.br/Arquivos/sis/EventoPortal/AnexoPalestraEvento/Mesa%201%20-%20Ricardo%20Antunes%20texto.pdf. Acesso em: 03 jan. 2016.

ANTUNES, Ricardo. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II** / organização Ricardo Antunes – 1 ed. – São Paulo: Boitempo, 2013.

BEHRING, E.R.; E BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. -9. Ed.- São Paulo: Cortez,2011. – (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.2).

BRANT,L.C E MINAYO, C.G **A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica a psicodinâmica do trabalho**.Centro de Estudo da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. 213-223, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19838.pdf>. Acesso em: 18 jun. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 17 jun. de 2016.

BRASIL, **Decreto nº 65.462**, de 21 de outubro de 1969. Aprova o Estatuto da Fundação Universidade do Rio Grande. Diário Oficial, Brasília, 1969.

_____,**Decreto nº 19.851**, de 11 de abril de 1931. Aprova Estatuto das Universidades Brasileiras. Diário Oficial, Brasília,1931.

_____, **Decreto nº 5.961**, de 13 de novembro de 2006. Institui o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público (SISOSP). Diário Oficial, Brasília, 2006.

_____, **Decreto nº 6.833**, de 29 de abril de 2009. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS). Diário Oficial, Brasília, 2009.

_____, **Decreto nº 6.856**, de 25 de maio de 2009. Regulamenta o art. 206-Ad da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 – Regime Jurídico Único, dispondo sobre os exames médicos periódicos de servidores.

_____, **Decreto nº 7602**, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho -PNSST.

_____, **Lei nº 8.112**, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e fundações públicas federais. Diário Oficial, Brasília, 1990.

_____, **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 1990.

_____, **Lei nº 7.596**, de 10 de abril de 1987. Altera dispositivos do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, modificado pelo Decreto-lei nº 900, de 29 de setembro de 1969, e pelo Decreto-lei nº 2.229, de 21 de novembro de 1986, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 1990.

_____, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituição/Compilado.htm>. Acesso em: 10 ago. 2015.

CARVALHO, Maria. **Gestão Social: uma questão em debate**- São Paulo: Educ, 1999.

Comissão Intersetorial de saúde do Trabalhador-CIST Disponível em: www.conselho.saude.gov.br/web-comissoes/cist/index.html. Acesso em: 27 jul. 2015.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM SEGURIDADE SOCIAL. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <www.cntssc.org.br>. Acesso em: 31 dez. 2015.

CHUPEL, Claudia e MIOTO, Regina. **Acolhimento e serviço social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde**. Revista Serviço Social & Saúde. Unicamp Campinas, v. IX n.10, Dez. 2010. Disponível em: <periodicos.sbu.unicamp.br>. Acesso em: 1 jun. 2016.

DEJOURS, Christophe: **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**/ tradução de Franck Soudant – 2ª ed. / Selma Lancman e Laerte Idal Sznelwar (orgs) _ Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2008.

DEJOURS, Christophe: tradução de Ana Isabel Paraguay, Lucia Leal ferreira-**A loucura do Trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho, 6.ed. – São Paulo: Cortez, 2015.

DEJOURS, Christophe; **Psicodinamica do trabalho- contribuições da Escola Dejouriana a análise da relação prazer, sofrimento e trabalho/** Christophe Dejourn, Elisabeth abdoucheli, Christian Jayet, coordenação Maria Irene Stocco Betiol...et.al. 1. Ed. – 15. reimpr. – São Paulo: Atlas; 2014.

DRUCK, Graça. **A precarização social do trabalho no Brasil, alguns indicadores.** In: ANTUNES, Ricardo. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II.** São Paulo: Boitempo, 2013.

ESTANQUE, Elisio. **Trabalho e Sindicalismo em Portugal.** In: ANTUNES, Ricardo. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II.** São Paulo: Boitempo, 2013.

FERNANDES, Idília. **A dialética das possibilidades**: a face interventiva do serviço social. *Revistatextos & contextos*, v.4, n1.2005. PortoAlegre. Disponível em: <revistaeletronicas.pucrs.br/Fo/ojs/index.php/fass/article/view/1009>. Acesso em: 08jan.2016.

FIRMINO, Rocha, Camila. SILVA, E, Hagen, Felipe. VIANA, Cabral, Pina de Pedro Henrique. **Desigualdade de gênero do serviço público federal.** VIII Congresso Brasileiro Consad de Gestão Pública. Disponível em: <http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/2015/VIII_Consad/008.pdf>. Acesso em: 30 agos, 2016.

FLEURY, S; OUVREY, A. **Política de Saúde**: Uma Política Social. Disponível em: <[LP://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXT0_1_POLITICA_DE_SAUDE_POLITICA_SOCIAL.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXT0_1_POLITICA_DE_SAUDE_POLITICA_SOCIAL.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2015.

FONTANELA, Bruno. **Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(2): 389-394, fev, 2011. Disponível em: scielo.br, Acesso em: 10 Maio, 2016.

GIL, Carlos Antonio. **Como classificar as pesquisas?** Disponível em: <ngd.ufsc.br>. Acesso em: 27 jan. 2016.

KONDER, Leandro. **Marx- vida e obra**, 7ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999. (Coleção vida e obra).

LACAZ, F, A, C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e praticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. V.23,n.4, p.757-76 2007. Disponível em: http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102311x2007000400003&lng=pt&pid=nrm=iso>. Acesso em: 01jan. 2016.

LANCMAN, Selma. **O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho**. In: DEJOURS, Christopher. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; Brasília: paralelo 15, 2008.

MENDES, Jussara Maria Rosa. **O Verso e o Anverso de uma historia: o acidente e a morte no trabalho**- Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

MENDES, Jussara Maria Rosa. **Saúde & Trabalho: múltiplas perspectivas**, et al.- São Paulo: Plêiade, 2011.

MINAYO-GOMEZ, C; THEDIM-COSTA, S.M.F. **A construção do campo do trabalhador: percurso e dilemas**. Cadernos de Saúde Pública, nº13 (supl.2), p.21-32, 1997). Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>. Acesso em: 06 jan.2016

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Acesso em: 28 jul. 16, Disponível em: <http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo2001.pdf>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ªed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NOGUEIRA, A. M.; **O desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado**. Revista quadrimestral de serviço Social, Ano XXVI-nº82- julho de 2005.

OIT/BRASIL. **Organização Internacional do Trabalho: PROMOVENDO O TRABALHO DECENTE**. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/content/o-que-e-trabalho-decente>>. Acesso em: 28 jul.2016.

PEREIRA, E.H.P; BARROS, R.D.B .**Humanização**. Disponível em: epsjv.fiocruz.br. Acesso em : 14/06/2016.

PÉREZ, G. A. MARCO. **A INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO ELEMENTO DE GESTÃO INTEGRADA DE PESSOAS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**. IV Congresso CONSAD de Gestão Pública. Brasília/DF, 2011.

PINTO, A. Geraldo. **A organização do trabalho no século XX: Taylorismo, Fordismo e Toyotismo**. -3. ed.- São Paulo: Expressão Popular, 2013.

Política Nacional de Humanização /PNH. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf>. Acesso em: 14/06/2016.

_____, **Portaria nº 1,823**, de 23 de agosto de 2013. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

REIS, M. Marcelo. Capítulo 7 - Amostragem. Disponível em: <<http://www.inf.ufsc.br/~marcelo/Cap7.pdf>>. Acesso em: 14 ago.2016

REIS, O. Octávio Carlos. **O Estado e os planos de saúde no Brasil**. Revista do Serviço Público. Ano 51, número 1, Jan- mar/2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rec/v10n1/07.pdf>. Acesso em 04 jun. de 2016.

REVISTA Circuito da SAÚDE. **Debate sobre a promoção da saúde do servidor no CEFET- MG**. Junho de 2015.

REVISTA PROTEÇÃO. OIT: 2,3 milhões de mortes por acidentes de trabalho no mundo. Disponível em: <http://www.protecao.com.br/noticias/estatisticas/oit:_2,3_milhoes_de_mortes_por_acidentes_de_trabalho_no_mundo/AQyAAcji/7087>. Acesso em: 13 ag.2016.

SANTIAGO, Emerson. Organização Internacional do Trabalho-InfoEscola. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/direito/organizacao-internacional-do-trabalho/>>. Acesso em: 28 Jul. de 2016.

SARMENTO, B. M. Helder; PRAZERES, M. Rosana. **A atenção à saúde do servidor público federal e o exercício profissional do assistente social: contradições e desafios éticos**. Sociedade em Debate, Pelotas, 16 (2): 209-232, julho, -dez/2010. Disponível em: <revistas.ucpel.tche.br>. Acesso em: 01 jun. de 2016.

SIASS, **Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal**. Ministério do Planejamento e Gestão. Brasília- 2010.

SILVA, Maria da Conceição Clarindo Cavalcante da. **A saúde do servidor público em sua dimensão social**. Maceió: Edufal, 2013.

SIMÕES, Carlos. **Teoria & Crítica dos direitos sociais: o Estado Social e o Estado democrático de direito**– São Paulo: Cortez, 2013.

Universidade Federal do Rio Grande. Disponível em: <www.furg.br>. Acesso em: 05 jan. de 2016

VALENCIA, S. Adrian. **Trabalho, Classe trabalhadora e Proletariado**. In: ANTUNES, Ricardo. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador- Trabalhar sim, Adoecer não. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/crest/downloads/Coletanea.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

Wikipédia: A enciclopédia livre. **Organização Internacional do Trabalho**. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o_Internacional_do_Trabalho>. Acesso em: 30 dez. 2015.

WUNSCH, Guilherme L. al. **Inquietações sobre o dano existencial no direito do trabalho: o projeto de vida de relação como proteção à saúde do trabalhador**. Porto Alegre: HS editora, 2015.

WUNSCH, R. Paulo; MENDES, R. M. Jussara. **O trabalho no contexto da Reestruturação Produtiva: determinações históricas e a relação com saúde.** Textos e Contextos (Porto Alegre), v.14, n.2, p.291-302, ago./dez. 2015. Disponível em: <www.revistas eletrônicas.pucrs.br>. Acesso em: 03 maio. 2016.

WUNSCH, S. Dolores; MENDES, R. M. Jussara. **Saúde do trabalhador e proteção social: As repercussões da precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo.** Revista da RET, Rede de Estudos do Trabalho. Ano V- Número 9-2011. Disponível em: <www.estudosdotrabalho.org>. Acesso em: 20 jun. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
EDUCAÇÃO FÍSICA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, CONQUISTAS E DESAFIOS

Pesquisador: Aline Rodrigues de Avila

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53945116.2.0000.5313

Instituição Proponente: Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.512.414

Apresentação do Projeto:

O projeto foi bem apresentado.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a atenção à saúde do trabalhador operacionalizada pela FURG, no contexto do debate contemporâneo e da política de atenção à saúde dos servidores federais, tendo em conta a perspectiva dos mesmos, dentro os quais incluem, técnicos e docentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão bem descritos no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema bastante relevante e que poderá auxiliar na implementação de políticas públicas voltadas a saúde dos servidores públicos da FURG.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE apresentado está pertinente a pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço: Luis de Camões,625

Bairro: Tablada

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3273-2752

CEP: 96.055-630

E-mail: schivi@terra.com.br

ESCOLA SUPERIOR DE
EDUCAÇÃO FÍSICA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.512.414

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existe nenhuma pendência visto que: o TCLE foi devidamente ajustado contendo todos os dados obrigatórios e na metodologia foi esclarecido o número amostral.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a)

O CEP considera o protocolo de pesquisa adequado, conforme parecer do relator, considerando as normas éticas de pesquisa em seres humanos. Solicita-se que o pesquisador responsável retorne com o RELATÓRIO FINAL ao término do estudo, considerando o cronograma estabelecido.

At,

Suzete Chiviacowsky Clark
Presidente: CEP/ESEF/UFPEL

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_868281.pdf	09/04/2016 01:36:46		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/04/2016 01:36:17	Aline Rodrigues de Avila	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura.pdf	29/02/2016 18:11:24	Aline Rodrigues de Avila	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	29/02/2016 18:08:03	Aline Rodrigues de Avila	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	29/02/2016 18:04:39	Aline Rodrigues de Avila	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOACEITE.pdf	29/02/2016 17:57:50	Aline Rodrigues de Avila	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	29/02/2016 17:56:20	Aline Rodrigues de Avila	Aceito
Folha de Rosto	ROSTO.pdf	29/02/2016 17:50:26	Aline Rodrigues de Avila	Aceito

Endereço: Luis de Camões,625
Bairro: Tablada CEP: 96.055-630
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3273-2752 E-mail: schivi@terra.com.br

ESCOLA SUPERIOR DE
EDUCAÇÃO FÍSICA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.512.414

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 21 de Abril de 2016

Assinado por:
Suzete Chiviacowsky
(Coordenador)

Endereço: Luis de Camões,825

Bairro: Tablada

UF: RS

Município: PELOTAS

CEP: 96.055-630

Telefone: (53)3273-2752

E-mail: schivi@terra.com.br

APÊNDICE B – TERMO DE ACEITE DO PROJETO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS - PROGEP
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - DAS

Rio Grande, 26 de abril de 2016.

TERMO DE ACEITE DO PROJETO

A FURG representada pelo Sr^o RONALDO PICCIONI TEIXEIRA, ocupante do cargo de PRÓ-REITOR, na Pró Reitoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (PROGEP), vem por meio deste informar que está ciente e de acordo com a realização da pesquisa intitulada "A SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, CONQUISTAS E DESAFIOS", sob a responsabilidade da pesquisadora responsável "Aline Rodrigues de Ávila", a ser realizada no período de "28/04/2016 à 10/06/2016". Esta instituição está ciente que a pesquisadora fará a coleta dos dados referentes à pesquisa. Esta instituição é consciente de sua co-responsabilidade do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. O pesquisador responsável declara estar ciente das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS no 466/12 e no que diz respeito à coleta de dados. O projeto está APROVADO sob o nº de parecer: 1.512.414, por parte do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física, da Universidade Federal de Pelotas.


Ronaldo Piccioni Teixeira
Pró-reitor de Gestão de Pessoas




SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS - PROGEP
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - DAS

Rio Grande, 29 de fevereiro de 2016.

TERMO DE ACEITE DO PROJETO

Prezado Coordenador (a) do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPEL:

A Furg representada pelo Srº Flávio Luiz Costa Cruz, ocupante do cargo de diretor, na Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), vem por meio desta informar que está ciente e de acordo com a realização neste setor, da pesquisa intitulada "A SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, CONQUISTAS E DESAFIOS", sob a responsabilidade da pesquisadora responsável "Aline Rodrigues de Avila", a ser realizada no período de "01/04/2016 à 31/05/2016". Esta instituição esta ciente da liberação/entrada da pesquisadora para a coleta dos dados referentes à pesquisa, somente mediante a apresentação do PARECER de APROVADO pelo CEP. Esta instituição é consciente de sua co-responsabilidade do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. O pesquisador responsável declara estar ciente das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS no 466/12 e no que diz respeito à coleta de dados que apenas será iniciada após a APROVAÇÃO DO PROJETO por parte do Comitê de Ética em Pesquisa.


Enº do Trab. Flávio Luiz Costa Cruz
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Flávio Luiz Costa Cruz
Diretor de Atenção à Saúde
PROGEP/FURG
COREN 122.018

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 IDENTIFICAÇÃO:

1.1 Codinome:

Idade:

Sexo: M () F ()

2 EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

2.1 Qual sua categoria profissional na Universidade: () Técnico () Docente

2.2 Há quanto tempo trabalha na Universidade?

2.3 Você exerce algum trabalho concomitante com a Universidade?

2.4 Quanto tempo você trabalhou fora da Universidade?

2.5 Que tipo de trabalho você exerceu?

3- QUESTÕES NORTEADORAS:

1-O que você entende por saúde do trabalhador?

2-Você tem conhecimento da Política Nacional para a Saúde dos Servidores Federais?

3-Como percebe a atenção à saúde do trabalhador na Universidade?

4-Qual foi o seu motivo de afastamento no período correspondente?

5-Como foi sua experiência de atendimento na Diretoria de Atenção à Saúde (DAS)?

6-Como gostaria que funcionasse o serviço de atenção à saúde do servidor no âmbito da Universidade?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após esclarecido (a) sobre as informações a seguir, você pode aceitar, ou não, fazer parte do estudo, ou ainda desistir de sua participação a qualquer tempo, sem ter que fazer nenhuma justificativa. Sua desistência poderá se dar por telefone, email ou pessoalmente.

Se concordar em participar desta pesquisa, assine, ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. A identidade dos informantes será mantida em absoluto sigilo. Os dados obtidos poderão ser gravados e transcritos, mas o nome do sujeito da pesquisa não aparecerá em qualquer registro. Serão utilizados nomes fictícios.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: A SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, CONQUISTAS E DESAFIOS

A finalidade desta pesquisa é avaliar a atenção a saúde do trabalhador ofertada pela Universidade Federal do Rio Grande.

Riscos:

Na pesquisa qualitativa, habitualmente, não há riscos, mas em se tratando de uma pesquisa que envolve seres humanos é passível pensar que, em algum momento, durante o processo de pesquisa e entre perguntas e respostas, o entrevistado possa se sentir desconfortável. Caso isso ocorra, será feita uma pausa para que o mesmo decida o que irá fazer, continuar no processo de pesquisa, desistir, ou ainda ser atendido pelo serviço de psicologia do local de pesquisa.

Benefícios:

Entende-se que os benefícios diretos da pesquisa implicam participação do sujeito, dando voz aos servidores da Universidade, podendo ainda não ser observada nenhuma mudança diretamente no sujeito, pois os benefícios poderão surgir a longo prazo e atingirão o grande grupo. Os benefícios esperados são dar visibilidade a saúde ofertada pela Universidade, contribuir para a produção de conhecimento, afim de viabilizar a implementação da saúde do trabalhador no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande e, conseqüentemente, no cenário brasileiro.

METODOLOGIA:

A coleta de dados se dará por entrevista individual.

Qualquer informação adicional sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderá ser obtida por intermédio da pesquisadora: Aline Rodrigues de Ávila, telefone: (53) 9965-6966 e email: alineavila.ccmr@gmail.com

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO:

Eu....., RG:....., CPF....., abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis benefícios e riscos decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer tipo de penalização.

Local e data:.....

Nome:.....

Assinatura do entrevistado:.....

Telefone para contato:.....