



Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa, Extensão e Ação Comunitária  
Programa do Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente

**IDAMÍS HELENA SOYER BARBOSA**

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA  
SAÚDE DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**

**ANÁPOLIS-GO  
2013**

IDAMÍS HELENA SOYER BARBOSA

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA  
SAÚDE DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**

Dissertação apresentada como exigência do Programa de Pós-Graduação Strictu – Senso - Mestrado Acadêmico Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, para realização do exame de defesa.

**Linha de Pesquisa:** Políticas Públicas e Meio Ambiente

**Área de Concentração:** Políticas Públicas

**Orientador:** Prof. Dr. Nelson Bezerra Barbosa

ANÁPOLIS-GO  
2013

IDAMÍS HELENA SOYER BARBOSA

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

### **Implantação de Ações de Vigilância e Promoção da Saúde dos Servidores da Universidade Federal de Goiás**

Dissertação apresentada como exigência do Programa de Pós-Graduação Strictu – Senso - Mestrado Acadêmico Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, para realização do exame de defesa.

**Linha de Pesquisa:** Políticas Públicas e Meio Ambiente

**Área de Concentração:** Políticas Públicas

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Nelson Bezerra Barbosa (UniEVANGÉLICA - Orientador)

---

Prof. Dr. Francisco Itami Campos (UniEVANGÉLICA)

---

Profa. Dra. Vânia Cristina Marcelo (Universidade Federal de Goiás)

---

Profa. Dra. Josana de Castro Peixoto (UniEVANGÉLICA)  
Suplente

Anápolis, 24 de setembro de 2013.

À minha família de hoje e de sempre: meu marido e meus filhos.

À minha família de ontem e de sempre: meus pais e meus irmãos.

À família que me acolheu para sempre: meu sogro, minha sogra e meus cunhados.

À família que escolhi pra chamar de minha: meus amigos.

## **AGRADECIMENTOS**

Obrigada Jesus!

Obrigada Roldão (meu marido), Jorge Augusto, Marina e Marcelo Augusto (filhos nascidos de mim), Danilo, Paulinha e Jéssica (filhos nascidos dos encontros do caminho), primeiro por terem sido enviados por Deus para fazer parte de minha vida e, depois, pelo companheirismo, incentivo e confiança.

Obrigada Prof. Nelson, sem você, compartilhando seus conhecimentos, com paciência e delicadeza, boa parte do que estou vivendo hoje talvez não estivesse acontecendo.

Obrigada Jerônimo e Maria Teresa, por vocês terem entendido e suprido as minhas faltas.

Obrigada Sônia, pela sua amizade e por compartilhar das viagens, trabalhos, angústias e alegrias do curso.

Obrigada Claudisom, Wilson, Eleude, Mara, Edna e Dayse pelas caronas...

Obrigada colegas. Foi muito bom conviver com vocês. Alguns mais próximos, outros, nem tanto: Regina, Iara, Wilson (s), Ellen, Moacir, Neide, Rosa Maria, Gleyzer, Sibebe, Sandra, Lucivone, Manoel..... além dos caronas é claro.....

Obrigada professores do mestrado. Especialmente a você Genilda, a você Sandro e a você Roberto Prado que, como diz Rolando Boldrim: “resolveu ir antes do combinado...”

Obrigada Eunice pelo carinho, atenção e cuidado.

Obrigada Monika, pelo carinho ao me socorrer com o inglês.



“Viver e não ter a vergonha de ser feliz, cantar e cantar e cantar, a beleza de ser um eterno aprendiz.... (GONZAGUINHA, 1982)“



## RESUMO

A perspectiva da democratização da saúde trouxe à tona a relação trabalho-saúde/doença, como vertente que, apesar de existir desde as primeiras formas de organização do trabalho, nem sempre fez parte das agendas das discussões institucionais. É neste cenário que se encontra o tema da presente pesquisa, que tem como objetivo descrever o processo de implantação das ações de vigilância e promoção da saúde do servidor no âmbito da Universidade Federal de Goiás, como parte da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal. Para tanto, a abordagem metodológica adotada foi a de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, de natureza qualitativa, cuja investigação se deu por meio de análise documental e de entrevistas semi-estruturadas. À luz das categorias de análise pré-estabelecidas, os principais resultados apresentados pelo processo de implantação da política foram os seguintes: apesar do detalhamento das diretrizes, foi possível perceber omissão por parte da norma quanto à determinação do lócus da coordenação da implantação e, portando, de como deveria ser a dinâmica das relações de trabalho dentro da estrutura organizacional, provocando dificuldades que impactaram no curso da implantação; a implementação de medidas que aparentam efeitos contraditórios à proposta da política, enfatizando ações assistenciais, embora as normativas se pautem pela noção de integralidade; falta de autonomia financeira para a implantação; dificuldade de composição da força de trabalho; necessidade de mudança de comportamento tanto de gestores locais como de servidores no sentido de contribuir para a valorização de hábitos de vida e trabalho saudáveis. Apesar dessas dificuldades, foram observados importantes avanços quanto à introdução de novos processos e práticas de trabalho no desempenho das questões relativas à saúde, paralelos à obtenção do espaço físico, formação de equipe e definição de fluxos de trabalho. Espera-se que, a partir dos resultados alcançados por este trabalho, estudos complementares sejam realizados, com a finalidade de descrever as soluções encontradas para a superação dos desafios enfrentados quanto aos índices de redução de indicadores de morbimortalidade e de mudança de paradigmas.

**Palavras-chave:** Vigilância em Saúde. Promoção da Saúde. Saúde do Trabalhador.

## ABSTRACT

The prospect of the democratization of health care has brought forward the relationship work-health/illness, which in a case such as this, though it has existed since the earliest forms of workplace arrangements, it hasn't always been part of the institutional discussion agenda. The theme of this research is set against the following scenario: The analysis of the implementation of surveillance activities and the health promotion of Federal University of Goiás public servants. The aim of this study is to describe the process implementation of surveillance activities and civil servants' health promotion under the Federal University of Goiás, as part of the Federal Public Servant Health and Safety Policy. Thus, the methodological approach adopted in this research was exploratory and descriptive, qualitative, and ultimately carried out through document analysis and semi-structured interviews. In light of the preset categories analyzed, the main results were as follows: despite the detailed guidelines, it was possible to note omission from the norm as to determining the locus of the implementation coordination and, therefore, how the dynamics of labor relations within the organizational structure should occur, causing difficulties that impacted the course of implementation; the implementation of measures that seem to have contradictory effects to the proposed policy, emphasizing social initiatives, although regulations are based on the notion of integrality; lack of financial autonomy for implementation; difficulty in the structure of the workforce; need for behavioral change of local management and employees alike, in order to contribute to the promotion of personal and work-related lifestyle habits conditioned the process of policy implementation. Despite these difficulties, important advances regarding the introduction of new processes and work practices were observed on health performance issues, parallel to the acquisition of physical space, creation of teams and definition of workflows. It is expected from the results achieved in this work, that further studies be performed for the purposes of describing the solutions to overcome the challenges faced over the index of reduction indicators of morbidity-mortality and paradigm shift.

**Key-words:** Health Surveillance. Health Promotion. Workers' Health.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representação da divisão das categorias dos agentes públicos pertencentes à Administração Federal na atualidade.....	66
Figura 2: Estrutura organizacional da UFG em vigor.....	81

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Acidentes com Comunicação de Acidentes de Trabalho registrada, por tipo, sexo, faixa etária, setor de trabalho e parte do corpo mais atingida, em 2010.....	63
Tabela 2:	Representação dos gastos financeiros por tipo de afastamento dos trabalhadores em 2004.....	69
Tabela 3:	Número de servidores da Universidade Federal de Goiás ingressos e egressos em 2011, por tipologia de cargos e de lotação .....	83
Tabela 4:	Quantidade de servidores da Universidade Federal de Goiás por faixa etária e por tipologia de cargo, em 2011.....	83
Tabela 5:	Número de aposentadorias na Universidade Federal de Goiás por regime e proventos/regime de aposentadoria, em 31.12.2011.....	84
Tabela 6:	Número de dias parados e percentual de afastamentos dos servidores da Universidade Federal de Goiás por grupos de motivos da licença médica em relação ao total de servidores, em 2011.....	84
Tabela 7:	Normas que orientam o processo de implantação da Política de Assistência à Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor na Universidade Federal de Goiás e respectivas referências.....	87

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco -	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AEPS -	Anuário Estatístico da Previdência Social
AIDS -	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS -	Ações Integradas de Saúde
BDT -	Biblioteca Digital Brasileira
CAC -	Campus Catalão
CAJ -	Campus Jataí
Capes -	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs -	Caixas de Aposentadorias e Pensões
Capsesp -	Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde
CAT -	Comunicação de Acidente de Trabalho
CBO -	Classificação Brasileira de Ocupações
Cebes -	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
Cepec -	Conselho Coordenador de Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura
Cercomp -	Centro de Recursos Computacionais
Cerest -	Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador
Cerof -	Centro de Referência em Oftalmologia
CFP -	Coordenação Financeira de Pessoal
CGASS -	Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor
CGT -	Confederação Geral dos Trabalhadores
CGU -	Controladoria Geral da União
CID -	Classificação Internacional de Doenças
Cissp -	Comissão Interna de Saúde do Servidor
CLT -	Consolidação das Leis do Trabalho
Cnae -	Classificação Nacional de Atividade Econômica
CNS -	Conferência Nacional de Saúde
CNST -	Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores
Conasems -	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conasp -	Conselho Nacional de Segurança Pública
Conass -	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Consuni -	Conselho Universitário

Contag -	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
CUT -	Central Única dos Trabalhadores
Dataprev –	Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social
DDRH -	Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Desap -	Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor
DP -	Departamento de Pessoal
EAD -	Educação a distância
Fepmat –	Fórum Estadual de Proteção ao Meio Ambiente do Trabalhador
Fundacentro –	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Medicina e Segurança do Trabalho
Funrural –	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
Geap -	Fundação de Seguridade Social
GT -	Grupo de Trabalho
HIV -	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPB –	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
IAPC –	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
Iapetc –	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Trabalhadores em Transportes e Cargas
Iapfesp -	Instituto dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos
IAPI –	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IAPM –	Institutos de Aposentadorias dos Portuários e Marítimos
IAPs –	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFG -	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
IFGoiano -	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano
Inamps –	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS –	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS –	Instituto Nacional de Seguridade Social
Ipase –	Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Servidores Públicos.
LER –	Lesão por Esforço Repetitivo
Lops -	Lei Orgânica de Previdência Social
MF –	Ministério da Fazenda
MPOG –	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MPS –	Ministério da Previdência Social
MS -	Ministério da Saúde

MTE -	Ministério do Trabalho e Emprego
Noss –	Norma Operacional de Saúde do Servidor
NTEDAT –	Nexo Técnico por Doença Equiparada a Acidente do Trabalho
NTEP –	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
NTP/T –	Nexo Técnico Profissional ou do Trabalho
OIT –	Organização Internacional do Trabalho
OMS –	Organização Mundial de Saúde
ONU -	Organização das Nações Unidas
Opass -	Organização Pan-Americana de Saúde
Orla –	Oficina Regional Latino-Americana
Pass –	Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal
<i>PDF –</i>	<i>Portable Document Format</i>
PDI -	Plano de Desenvolvimento Institucional
PGE -	Programa de Gestão Estratégica
Piass –	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
Plansat –	Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNPS –	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSST –	Política Nacional sobre Saúde e Segurança do Trabalho
PPA –	Plano de Pronto Ação
PQVT -	Programa de Qualidade de Vida no Trabalho
Prev-Saúde –	Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde
Procom -	Pró-Reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária
Prodirh -	Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional e Recursos Humanos
Prorural –	Programa de Apoio ao Pequeno Produtor Rural
QVT –	Qualidade de Vida no Trabalho.
Renast –	Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador
RGPS –	Regime Geral de Previdência Social
RH -	Recursos Humanos
RPPS –	Regime Próprio de Previdência Social
Samdu -	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
Sesp –	Serviço Especial de Saúde Pública
Segep –	Secretaria de Gestão Pública
SGP -	Secretaria de Gestão Pública

Siape Saúde –	Sistema de Administração de Recursos Humanos em Saúde
Siass –	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
Sinpas -	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
Sipec –	Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal
Sisosp –	Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Fede
SPGE -	Sistema do Programa de Gestão Estratégica
SRH -	Secretaria de Recursos Humanos
SRT -	Secretaria de Relações do Trabalho
SST -	Sistema Nacional de Promoção e Proteção da Segurança e Saúde no Trabalho
STN -	Secretaria do Tesouro Nacional
SUS -	Sistema Único de Benefícios
Suds –	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU -	Tribunal de Contas da União
UFG –	Universidade Federal de Goiás
UFPA –	Universidade Federal do Pará
Uipes –	União Internacional de Promoção da Saúde Educação em Saúde
Unicef –	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>1. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
1.1 A estruturação da saúde no Brasil – uma visão sintética.....	21
1.1.1 O modelo assistencial previdenciário na saúde .....	22
1.1.2 Sistema Único de Saúde (SUS) .....	29
1.2 Vigilância à saúde e integralidade .....	31
1.3 Promoção da saúde .....	35
1.4 A saúde do trabalhador brasileiro .....	41
1.4.1 Relação trabalho-saúde/doença – uma breve revisão .....	41
1.4.2 A institucionalização da saúde do trabalhador brasileiro .....	48
1.4.3 Quadro de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil .....	58
1.4.4 A saúde do servidor público federal no Brasil .....	65
1.4.4.1 Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (Siass) .....	71
<b>2 – METODOLOGIA.....</b>	<b>75</b>
2.1 Abordagem metodológica .....	75
2.2 Sistematização dos dados .....	77
<b>3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>78</b>
3.1 Caracterização da instituição pesquisada e situação de saúde dos servidores.....	78
3.1.1 O Subsistema Integrado de Atenção à Saúde dos Servidores da UFG.....	85
3.2 Arcabouço normativo que orienta o processo de implantação da Política de Atenção à Saúde dos Servidores.....	86
3.3 Setores responsáveis pela coordenação da implantação .....	96
3.4 Processos e práticas de trabalho dos setores envolvidos na implantação das ações de vigilância e de promoção da saúde do servidor da UFG .....	101
3.5 Processos e ações de implantação da Política de Atenção à Saúde do Servidor .....	105
3.6 Produtos e resultados do processo de implantação da Política de Atenção à Saúde do Servidor .....	109
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>116</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>130</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>135</b>

## INTRODUÇÃO

A pretensão de estudar a implantação de uma política de cuidado com a saúde do servidor público federal teve como motivação o fato de a autora desta pesquisa ser administradora de formação e ocupante de cargo público do mesmo nome na Universidade Federal de Goiás (UFG), desde o ano de 1979 até hoje, e de, nesse período, ter presenciado o desejo e a luta dos servidores públicos federais nesse sentido. A possibilidade de realização desta pesquisa tornou-se inquietante, por se tratar de política de grande importância para os servidores, a qual, embora estivesse prevista desde a Constituição de 1988, veio a dar seus primeiros passos somente no ano de 2003. E mais. Quando, em busca de se saber da contribuição que este estudo poderia trazer para a ciência, foi constatado que existem vários trabalhos voltados para o tema, mas feitos sob enfoques diferentes do pretendido por esta pesquisa.

Iniciando pelo entendimento do que seja saúde e, por consequência, do que seja doença, a pesquisa leva a perceber que as concepções sobre esses assuntos tiveram uma evolução histórica, foram condicionadas ao tipo de vida e à capacidade intelectual do homem em determinado contexto e época e que a construção dessas concepções vem desde os primórdios, considerando que seus elementos – saúde e doença – acompanham o ser humano desde o início de sua existência. Primeiramente, essa concepção se justificava pela visão mágico-religiosa e sobrenatural da antiguidade, pela qual a doença era entendida como demonstração da “cólera divina”. Uma forma de castigo ou punição pela desobediência, que podia levar até à morte. E a cura cabia ao feiticeiro ou xamã, por orientação dos espíritos e por meio do uso de plantas e de recursos naturais, também orientados pelo caráter religioso (SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

A partir dessa concepção, outras surgiram, de acordo com o modo de vida e de trabalho da sociedade de cada época, como: a empírico-racional; a teoria dos miasmas; a unicausalidade pelos agentes etiológicos, estabelecendo a hegemonia da teoria dos germes para explicar a origem das doenças; a teoria dos vetores, cuja transmissão das doenças se dava pelos insetos, chamados veículos transmissores. Mas, é com a vida moderna que surgem novas concepções. Entre elas, o fortalecimento da ideia da “ciência em lugar da teologia” (SCLIAR, 2005, p. 42), pela qual as comparações com o místico dão lugar à comparação com o social, motivadas, entre outros fatores, pela divisão do trabalho consequente da industrialização.



A industrialização – meados do século XVIII ao século XIX – trouxe grande impacto na sociedade. A própria expressão “revolução industrial” traz em si o sentido de que a ferramenta deu lugar à máquina e o homem passou a fazer parte da engrenagem como “peça” da máquina. Ela trouxe consigo grandes transformações sociais no cenário das cidades, entre elas o crescimento urbano desordenado e a falta de estrutura sanitária, tanto nas fábricas como nas próprias cidades, promovendo o aumento do índice de doenças, como o tifo, a tuberculose, a difteria e as epidemias de cólera (MARTINS et al., 1997). Tudo isso agravado pela desnutrição, alcoolismo, doenças mentais e violência, provocou o surgimento dos primeiros movimentos de trabalhadores, revoltados com o chamado “capitalismo selvagem” que explorava a força humana de trabalho com baixos salários, extensas jornadas, mão de obra infantil e condições de meio ambiente insalubres, entre outros.

Assim, como forma de abrandar a situação social resultante dessas novas relações de produção, o Estado decidiu implementar políticas de saúde, para proporcionar melhores condições de vida, criando políticas públicas de seu interesse, por meio das quais passou a intervir, sob a condição de ator, na relação Estado-Sociedade, particular-público e individual e coletivo.

Em meio a esses fatos o estudo dos Determinantes Sociais de Saúde ganha maior visibilidade, como ponto importante para a execução das estratégias de promoção da saúde, com a ideia de que componentes econômicos e sociais devem ser considerados como fatores de influência na saúde. Sobre esse assunto, Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 81) propõem a seguinte pergunta: “Como a estratificação econômico-social consegue ‘entrar’ no corpo humano?” Ou seja, qual a situação de saúde de um indivíduo, de um grupo de indivíduos e de uma população em relação à sua organização, modo de vida e desenvolvimento? Sendo assim considerada essa relação, os fatores sociais e suas interferências na saúde se apresentam como determinantes de saúde e provocadores de iniquidades.

A visão holística do processo saúde–doença, que enfatiza, além da determinação biológica, a econômica e a socioambiental, foi consagrada pela Constituição Federal de 1988, que veio abrir novas perspectivas sociais para os brasileiros, entre elas, o direito à saúde como dever do Estado:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Dentro dessa perspectiva a integralidade se apresenta como diretriz fundamental no processo de atenção à saúde dos brasileiros e para todo o sistema de saúde, porque o olhar

passa a ser sobre as queixas de um indivíduo indivisível e integrante de um território, incluindo neste, o ambiente laboral. Sendo assim, a integralidade deve estar imbricada também no atendimento e nas várias etapas das ações que buscam, de forma articulada entre os protagonistas do sistema de saúde, promover “a redução do risco de doenças e de outros agravos” e o “acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção, proteção e recuperação” (MATTOS, 2012, p. 1).

Considerando que a integralidade aplica-se ao conceito de promoção, priorizando a integração entre medidas de melhora da qualidade de vida e saúde, o Brasil, por meio do Ministério da Saúde, definiu uma “Agenda de Compromisso pela Saúde” em 2005, em torno de três temas centrais: Pacto em Defesa do SUS, Pacto em Defesa da Vida e Pacto de Gestão. Entre as prioridades de cada eixo, vale ressaltar, no Pacto pela Vida, o interesse pela melhora no nível de acesso à saúde e à saúde com qualidade, a serem oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para isso, coube ao SUS elaborar uma política de saúde transversal, integrada e intersetorial, na qual prevalecesse a articulação entre os vários atores da saúde brasileira. Tudo isso culminou com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada pela Portaria nº 687, de 30.3.2006, do Ministério da Saúde, com o seguinte objetivo geral:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, **condições de trabalho**, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006a, p. 13, grifo nosso)

Dentro da perspectiva de integralidade e de democratização, encontra-se a vertente relação trabalho-saúde/doença. Essa relação, apesar de existir desde os primeiros tipos de organizações de trabalho, é um tema que, nem sempre, esteve na agenda das discussões. A discussão sobre a saúde do trabalhador brasileiro teve seu grande marco na I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (CNST), por representar o momento em que se iniciou o processo de elaboração de uma política nacional de saúde do trabalhador para o País.

A 1ª CNST foi Impulsionada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, que entendeu que o debate “saúde como direito do cidadão e dever do Estado” implicava discussões sobre temas específicos, como saúde e trabalho, visto que se tratava de um Sistema Nacional de Saúde para responder aos anseios de toda a população.

Dentro desse cenário, vários fatores levaram o Governo Federal a criar ações de atenção à saúde do seu próprio trabalhador. Primeiramente, a necessidade de uniformização

das ações relativas às questões de saúde do servidor, na tentativa de resolver as distorções causadas pela ausência de uma política nacional de saúde e segurança no trabalho do servidor público federal civil, que orientasse os diferentes órgãos e ministérios; em segundo lugar, otimizar o sistema de registros da situação de saúde dos servidores; além de criar mecanismos para aproximar a sua força de trabalho, de concepção, em que a prioridade é a prevenção dos riscos, agravos e danos à saúde, por meio da educação em saúde, da promoção e da vigilância, como forma de contribuição para a mudança do paradigma da doença e da demanda espontânea.

Outro fator considerado foi o alto índice de afastamentos do trabalho entre os servidores públicos federais que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC) e o número de aposentadorias por invalidez apresentado pelo Regime Próprio de Previdência Social (RPPS). Sendo que este último gerou um gasto médio anual para o Estado e, portanto, para a sociedade, de R\$ 2.027.589.238,74 (dois bilhões, vinte e sete milhões, quinhentos e oitenta e nove mil e setenta e quatro centavos) no período de 2000 a 2005 (DOMINGUES JÚNIOR, 2005).

Quanto à distribuição dos agravos por tipo de patologia e ainda comparando os dados dos dois regimes de previdência, o MPOG apresenta uma informação de que no ano de 2004 houve uma incidência de 18,09% de casos de Lesão por Esforço Repetitivo (LER) no grupo do RPPS, contra 6,03% apresentados pelo RGPS. Nos casos de depressão também, foi registrado 12,20% no RPPS, enquanto que no RGPS o percentual foi de 0,4%. Esta relação muda quando se toma o percentual de agravos por lesões: no RGPS foi de 48,9% e no RPPS de 24,38% (BRASIL, 2005). A inferência que pode ser feita sobre essa informação é de que esses dados traduzem a relação dos tipos de agravos com as características da rotina de trabalho realizada pelas duas categorias, sendo que na dos servidores públicos federais há uma maior concentração de atividades laborais em ambientes administrativos, com alta ocorrência de atividades repetitivas, permanência em determinadas posições por tempo prolongado, além de existência de falta de conforto por parte do mobiliário e equipamentos utilizados diariamente.

Diante dos fenômenos citados, que geram custos diretos e indiretos para toda a sociedade, constatou-se a necessidade de se criar um sistema central articulado que respondesse às demandas de ações de saúde e segurança dos servidores públicos federais civis,

Justifica-se, portanto, o presente estudo, pela pretensão de fazer um retrato da implantação desse novo processo na Universidade Federal de Goiás (UFG) no sentido de

apreender melhor esta situação; de suprir a inexistência de dados relativos à implantação dentro da UFG e servir de contribuição para o planejamento de novas ações, ao detectar prováveis desafios, normalmente enfrentados pelo poder público por ocasião de implementação de políticas públicas.

Sendo assim, o objeto de estudo proposto por este trabalho é o processo de implantação de ações de vigilância e de promoção da saúde do servidor no âmbito da Universidade Federal de Goiás, considerando as diretrizes do Governo Federal. A pergunta de partida que o anima é: de que forma se desenvolve o processo de implantação das ações de vigilância e promoção da saúde do servidor público no âmbito da UFG?

A partir dessas considerações sobre o tema, este estudo propõe um desdobramento, buscando respostas para outras perguntas, tais como: quais as normas que orientam este processo? Que setor da instituição é responsável por coordená-lo? Como se realizam os processos e práticas de trabalho dos setores envolvidos? Como se desenvolve o processo de implantação desta política na UFG (ações e produtos decorrentes)? Quais os resultados observados nessa implantação até a época de conclusão do trabalho?

Por meio da busca de respostas para essas indagações, a pesquisa tem o objetivo geral de descrever o processo de implantação das ações de vigilância e promoção da saúde do servidor no âmbito da UFG.

Ao percorrer este caminho, procurou atingir os seguintes objetivos específicos:

1. conhecer as normas que orientam este processo;
2. conhecer e descrever os setores da instituição responsáveis pela coordenação da implantação;
3. descrever as ações e os produtos de vigilância e promoção à saúde do servidor da UFG, decorrentes da implantação da política proposta.

Quanto ao percurso metodológico a ser feito para que sejam atingidos esses objetivos, foi desenvolvida uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, de natureza qualitativa. Utilizando-se de fontes primárias e secundárias, esta pesquisa buscou respostas para a investigação por meio de entrevistas semi-estruturadas aplicadas aos gestores e à equipe responsável pela implantação, cujo roteiro encontra-se no apêndice do trabalho e de análise documental. Os dados dessa análise, que serviram de fundamentação para o relatório final do trabalho, foram, codificados e sistematizados com base nas seguintes categorias de análise, que, por sua vez, foram pré-estabelecidas, conforme os objetivos específicos da pesquisa.

- normas que orientaram o processo;
- setores responsáveis pela coordenação da implantação;
- produtos e resultados decorrentes das ações de implantação;

Esta dissertação está estruturada em três partes, sendo que a primeira refere-se à revisão da literatura relacionada à saúde do trabalhador, com ênfase em alguns temas como a estruturação da saúde no Brasil; a construção dos conceitos de vigilância e promoção da saúde e à saúde do trabalhador brasileiro. Na segunda parte, estão descritos o problema geral, o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa, bem como o método de estudo. Na terceira parte estão apresentados os resultados, a discussão e as considerações finais.

## **1 – REFERENCIAL TEÓRICO**

### **1.1 A estruturação da saúde no Brasil – uma visão sintética**

De acordo com a literatura sobre o assunto, são muito importantes a influência das relações de trabalho e a participação do trabalhador nos movimentos de reivindicação de medidas de saúde no Brasil. Para se chegar à atual assistência à saúde do trabalhador brasileiro, em que se inclui o servidor público federal, que é o objeto desta pesquisa, será feito um breve estudo da evolução e construção do sistema de políticas de saúde no Brasil, tomando como ponto de partida o século XIX.

É nesse século que a saúde dá sinais de estruturação a partir de medidas de controle profissional. No final dele, esse tema aparece com destaque na pauta de reivindicações dos operários, devido à redefinição dos trabalhadores brasileiros de escravos para capital humano, a fim de atender às novas relações capitalistas de produção. Isso fez que a medicina assumisse os assuntos sanitários, para capacitar os operários e preservar a mão de obra, uma vez que as “pestes” poderiam dizimá-la. É assim que nasce no Brasil a saúde pública, também chamada de medicina pública, medicina sanitária ou de higiene, voltada “para o estudo e a prevenção das doenças e para o desenvolvimento de formas de atuação nos surtos epidêmicos” (BERTOLLI, 1999, p. 12).

Embora nessa época se inicie a intervenção do Estado na saúde, as ações de saúde pública até a década de 1930, na chamada “República Velha”, limitaram-se ao saneamento e ao combate a endemias, com foco no chamado “sanitarismo-campanhista”. Entre as medidas de saneamento estavam as que eram feitas nos portos, de maneira a controlar as doenças que pudessem prejudicar a exportação e o trânsito tanto de pessoas como de produtos, que, por sua vez, pudessem prejudicar o lema positivista: ordem e progresso. As ações tinham a característica de medidas pontuais, exercidas sob a forma de campanhas, que se concluíam à medida que os surtos eram controlados (PAULUS JR.; CORDONI JR., 2006). Esse modelo consistia em bases militares, cuja intervenção, de caráter coletivo, era exercida de maneira autoritária e repressiva. Como exemplo, cita-se “a revolta da vacina”, fato ocorrido no Rio de Janeiro, no dia 10 de novembro de 1904, quando as pessoas, amedrontadas com o programa de vacinação em massa, se revoltaram contra a vigilância policial, que retirava as pessoas à força dos locais contaminados (BERTOLLI, 1999).

O surgimento da saúde como questão social inicia-se, no Brasil, com o aumento da “classe operária” do país, formada principalmente por imigrantes europeus atraídos para o trabalho nas lavouras de café. Com a crise cafeeira, esses trabalhadores deslocaram-se para as cidades, formando o chamado “proletariado fabril”, que, sob péssimas condições de trabalho, promoveu as greves gerais de 1917 e 1919 (GONÇALVES, 1982).

Diante disso, a forma encontrada por parte do empresariado e do Estado para conter as tensões sociais instaladas foi a consolidação de uma política de saúde com característica assistencialista e previdenciária. Assim, em 24 de janeiro de 1923, surge o embrião do que viria a ser o sistema previdenciário brasileiro, com a promulgação da Lei nº 4.628, que ficou conhecida como “Lei Eloy Chaves”, em referência ao Deputado que a criou. Por meio dela, foi instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). A primeira foi a dos Ferroviários, destinada a funcionários e familiares dos empregados das ferrovias, que trouxe consigo os embriões do modelo médico assistencial e previdenciário brasileiro, que, até recentemente, mantinha um vínculo muito forte entre as políticas de saúde e as políticas previdenciárias e de proteção social do brasileiro (BRASIL, 1923; MOREIRA, 2012).

### 1.1.1 O modelo assistencial previdenciário na saúde

As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) multiplicaram-se. “Ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas” (MERCADANTE *et al.*, 2002. p. 233). Elas eram uma iniciativa do Estado e organizadas pelas empresas que tivessem mais de 50 funcionários. Possuíam uma estrutura tripartite de financiamento: União, trabalhadores e empregadores e a contribuição dos empregados era compulsória. Seu objetivo era oferecer benefícios, como pensões, aposentadorias e assistência médica para os empregados e seus dependentes (COHN; ELIAS, 2003).

De 1933 até o fim da década de 1930, surgiu um novo formato de assistência: os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que absorveram as CAPs. Eram formados por grupos de trabalhadores organizados por categoria profissional e não mais por empresas, como nas CAPs. Eram eles: IAPM – dos portuários e marítimos; IAPC – dos comerciários; IAPB – dos bancários; IAPI – dos industriários; Iapetc – dos trabalhadores em transportes e cargas; e Ipase – dos servidores públicos (PAULUS JR; CORDONI JR, 2006).

O Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase) foi o primeiro a prestar assistência aos servidores públicos federais. Mais tarde, em 1953, foi criado o Instituto dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (Iapfesp) (MERCADANTE et al., 2002).

Os IAPs, assim como as CAPs, eram entidades públicas autárquicas, administradas por um colegiado com participação de empregados e empregadores. As diferenças eram as seguintes: o colegiado das CAPs tinha poder deliberativo e não contava com a presença do Estado; nos IAPs, o colegiado tinha representação paritária de empregadores e empregados e era dirigido por um funcionário executivo. Como a escolha dos representantes dos trabalhadores nos colegiados era feita pelos sindicatos e submetida à apreciação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, a previdência, configurada neste “tripé”, estabelecia uma relação vertical entre o Estado e a sociedade civil e vinculava os assuntos trabalhistas ao Ministério do Trabalho (COHN; ELIAS, 2003).

Vale ressaltar que o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio foi criado em 1930, com o objetivo de tratar das causas sociais, que, em sua maioria, envolviam a grande massa de trabalhadores urbanos, que, por sua vez, representava importante base de sustentação do governo Getúlio Vargas.

Outra característica da estrutura dos IAPs era a diferença de assistência dada por instituto, uma vez que, como a contribuição era feita com base nos salários, algumas categorias, como a dos bancários e a dos industriários, tinham uma qualidade de assistência diferenciada da dos demais.

Os IAPs, além de terem grande função social até meados da década de 1950, passaram a ter também importante participação no desenvolvimento econômico do País, devido à adoção do regime de capitalização ou “poupança forçada”. Por esse regime, os recursos dos IAPs passaram a ser considerados recursos de capital, com a justificativa de que, isto deveria ser feito como forma de precaução no caso de possíveis riscos de insuficiência financeira para o atendimento ao crescente aumento da demanda. Portanto, era necessária uma expansão desse capital sob a forma de investimentos, tais como: aquisição de propriedades, participação em empresas estatais e financiamentos de empreendimentos destinados à industrialização do País. Esse comportamento levou a Previdência Social a servir de objeto de uso “político-eleitoreiro” dos governos populistas do período de 1950 a 1964 (GONÇALVES, 1982).

A participação dos IAPs foi de grande importância na universalização da saúde no Brasil e, portanto, na assistência à saúde. Tudo começou com a criação do Serviço de



Assistência Médica Domiciliar de Urgência (Samdu), no ano de 1949, pelo governo Vargas. Para atender à grande demanda por saúde causada pelo desenvolvimento industrial, os IAPs incorporaram aos seus benefícios os serviços de assistência médica, por meio de três iniciativas inovadoras: atendimento público domiciliar, até então prevalecente na área privada; atendimento de urgência universal; e financiamento pelo consórcio de IAPs.

Até então a intervenção do Estado brasileiro na saúde tinha padrão de regulação voltado para áreas de seu interesse, no caso, o trabalhador urbano, cuja proteção era regulada e excludente, pois alguns não eram alcançados. Além disso, toda a política de saúde do Brasil até esse momento, além de destinar-se somente ao trabalhador urbano, era fragmentada e emergencialista. Era constituída por dois “subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária” (BRAVO, 2001. p. 4)<sup>1</sup>. O de saúde pública predominou até a década de 1960, com medidas voltadas apenas para as mínimas condições sanitárias da população urbana.

Esse contexto de disparidades provocou reivindicações por um sistema de previdência menos desigual. Assim, foi publicada a Lei Orgânica de Previdência Social (Lops) no ano de 1960, unificando a previdência social do Brasil. Embora só tenha sido consolidada em 1966, com a criação do INPS, pela sua proposta seriam beneficiados todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Sua publicação se deu em meio a uma ampla discussão entre os trabalhadores, por acreditarem que a unificação traria perda de várias conquistas, além de manter a exclusão de algumas classes de trabalhadores.

Como era um modelo baseado em vínculos trabalhistas, ou seja, só tinha direito quem tivesse “carteira assinada”, isso fez que os operários sem registro ficassem alijados do processo e obrigados a procurar assistência médica nas obras de caridade, porque não estavam contribuindo para um instituto de determinada categoria profissional. Estavam excluídos, portanto, o trabalhador rural, os profissionais liberais e os trabalhadores em funções não reconhecidas pelo Estado. Apesar disso, a Lops pode ser considerada um avanço no sentido de unificar a previdência social no Brasil, uma vez que veio uniformizar benefícios, contribuições e procedimentos administrativos.

A real efetivação da Lops só veio ocorrer no ano de 1966, mais precisamente em 1967, com a publicação do Decreto-Lei nº 72, de 21.11.1966, criando o Instituto Nacional de

---

<sup>1</sup> Este texto é uma versão revista e ampliada dos artigos: “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: CFESS/CEAD. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB-CEAD/ CFESS, 2000; e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**.

Previdência Social (INPS). A ideia era, utilizando os recursos da própria previdência, o governo promovia sua unificação no Brasil, corrigindo assim as distorções, e, em contrapartida, recuperava o apoio social fragilizado pela ditadura instalada, em 1964, pelo Ato Institucional nº 1. As Forças Armadas assumem o governo, e a sociedade foi “desmantelada”, extinguindo-se, entre outras, as organizações populares. Com a ditadura, os trabalhadores tiveram sua representação diminuída e, depois, eliminada, ficando a gestão da previdência, a cargo dos técnicos, ou tecnocratas, dos IAPs. Os técnicos, ou tecnocratas, eram profissionais retirados da sociedade civil pelo regime militar, para, sob sua tutela, promover a reorganização dos serviços do Estado. E foi sob a influência desses técnicos, principalmente dos do IAPI – o maior dos Institutos de Aposentadorias e Pensões –, que, em 1967, foi criado o INPS (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

De acordo com sua estrutura de criação, o INPS ficou ligado ao Ministério do Trabalho, estabelecendo-se, assim, um sistema “dual” de administração da saúde no Brasil, em que os assuntos relativos à saúde individual do cidadão brasileiro ficaram sob a responsabilidade do INPS, enquanto os temas de saúde coletiva, a cargo do Ministério da Saúde (BERTOLLI, 1999).

Porém, uma categoria ainda continuava sem assistência institucionalizada: a do trabalhador rural. Embora, no ano de 1963, tenha sido criado o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), este só foi implantado em 1971, por meio do Programa de Apoio ao Pequeno Produtor Rural (Prorural), que destinava recursos para sua manutenção (COHN; ELIAS, 2003).

Portanto, o INPS era um modelo, além de excludente, fragmentado em dois polos de assistência: a coordenação das ações médico-assistenciais em saúde, de caráter individual, era feita pelo INPS, enquanto as ações de caráter coletivo, como o combate às endemias e a prevenção de doenças, ficavam a cargo do Ministério da Saúde. As ações eram mantidas pelo repasse a cada estado, de valor proporcional ao arrecadado pelas relações formais de trabalho. Assim, os maiores estados e, portanto, com o maior número de trabalhadores formais eram os que recebiam maior montante de recursos do INPS. Esses recursos eram utilizados para o custeio dos postos de assistência médica e dos hospitais e para a compra de serviços privados de saúde (SOUZA, 2002).

No ano de 1974, foi instituído o Plano de Pronto Ação (PPA), cuja implementação representou medida de importância na perspectiva da universalização da saúde, pois suas ações compreendiam a desburocratização do atendimento de urgência e a abertura do atendimento ambulatorial de emergência a toda a população, rompendo com a ideia de vincular a assistência à saúde com a condição de contribuinte da previdência. Por outro lado,

tinha a característica de priorizar o investimento no atendimento hospitalar, em detrimento dos investimentos nas ações preventivas (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Em 1977, foi criado também o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), uma estrutura composta pelas variadas instituições de saúde do Estado. De acordo com essa estrutura, o setor privado continuava sendo o maior prestador de serviços de assistência médica, por meio de contratos de financiamento com o Estado, que o fazia com verbas da previdência. E as empresas privadas internacionais dominavam o setor de produção de medicamentos e equipamentos médicos.

O Sinpas veio estabelecer as condições para o surgimento do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). Criado no ano de 1978 veio consolidar as políticas de atuação do INPS, porém, desta vez, dividindo os brasileiros em três grupos: o grupo dos que podiam pagar por atendimento particular e o dos que não podiam pagar. Sendo que, este último, em previdenciários e não previdenciários. Uma injusta divisão social pela qual os previdenciários recebiam atendimento pelo Inamps e os não previdenciários recorriam à assistência filantrópica de alguns hospitais públicos ou de obras assistenciais, fazendo que várias discussões acontecessem em torno da universalização da saúde no Brasil.

Os fatos demonstram que a saúde não era pensada como direito social. As medidas sanitárias eram autoritariamente implantadas pelo Estado, em conformidade com os seus interesses políticos e econômicos e por uma política caracterizada pela centralização, privatização e práticas médicas concentradas em atividades hospitalares especializadas. A saúde se expressava por ações “médico-curativas” baseadas na prática mecanicista, que reduzia a causalidade do processo saúde-doença a fatores biológicos, e o foco estava na doença e no indivíduo (MATTA; MOROSINI, 2009).

Nos anos 1980, a enorme crise econômica brasileira impactou fortemente o setor de saúde, porque provocou uma sequência de crises. O crescimento da má distribuição de renda gerou a diminuição da qualidade de vida da população, aumentando as necessidades de assistência à saúde, agravado pelo impacto da diminuição dos recursos destinados à saúde.

Dentre o elenco de alternativas para solucionar o caos da saúde nesse período, destaca-se, no ano de 1982, o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, chamado de Plano do Conasp, porque foi elaborado pelo Conselho Nacional de Segurança Pública (Conasp). Trata-se de alternativa encontrada pelo regime militar para “racionalizar” as ações de saúde, especialmente as contas com os contratos de assistência médico-hospitalar da previdência. Outra medida foi o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que, como parte desse programa “racionalizador” do Inamps, estendeu a outros estados a atenção primária, com base nos resultados obtidos no

Nordeste, por meio do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) (PAULUS JÚNIOR.; CORDONI JÚNIOR., 2006).

Ainda de acordo com essas alternativas, foram criadas, em 1984, as Ações Integradas de Saúde (AIS), com base nas propostas do Plano do Conasp. As AIS foram uma estratégia utilizada pelo governo, que veio substituir os convênios dos Ministérios da Saúde e da Previdência com as Secretarias Estaduais de Saúde, para a utilização da rede pública de serviços básicos, por meio da criação de comissões interinstitucionais de saúde, com “o objetivo da universalização da acessibilidade da população aos serviços de saúde” (PAULUS JÚNIOR.; CORDONI JÚNIOR, 2006, p. 16).

Ainda nos anos de 1980, o Inamps adotou também algumas medidas que ampliaram o universo de pessoas a serem assistidas pela saúde pública. Foram elas: fim da exigência de apresentação da Carteira de Trabalho e Previdência Social e o da Carteira de Beneficiário para atendimento ambulatorial em unidades do Inamps. Posteriormente, acrescentou a dispensa da apresentação da Carteira de Beneficiário também nas entidades que compunham as AIS. Além dessas, nessa mesma época, houve a inclusão dos trabalhadores rurais assistidos pelo Funrural no atendimento do Inamps (SOUZA, 2002).

As AIS foram a “travessia”, formaram as bases para a reforma da saúde, em um momento em que a sociedade brasileira realizou intensas mobilizações a favor da democracia e, embora o País se encontrasse em situação de grave crise econômica e social, os movimentos sociais reforçaram-se em busca de melhores condições de vida, incluindo as de saúde.

Paralelamente, a classe médica também se manifestava. Nascia a reforma sanitária brasileira, sobre a qual Arouca disse:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A reforma sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços [...] (BRASIL, 2012a, apud AROUCA, 1998).

Inicialmente, essa reforma era apenas uma reunião de pessoas imbuídas do desejo de transformar a situação da saúde no Brasil, num sentido amplo de melhoria das condições de vida da população. Posteriormente, recebeu o nome de “Reforma Sanitária”. A denominação reforma justifica-se pela mobilização que a originou, “sem alarde”, e pela união de vários atores do mundo da saúde. Nascida em contexto de ditadura e repressão, suas ideias encontraram apoio principalmente nas entidades médicas e nos departamentos de medicina das universidades, formando as bases teóricas da medicina social, com propostas de descentralização, universalização e unificação. O movimento criticava o modelo de saúde

predominante na época, cuja visão estava voltada para as ciências biológicas e o modo de transmissão das doenças.

Conforme o ideal de construção de uma política de saúde democrática, o movimento criou um documento chamado “Saúde e Democracia”, que foi enviado para o Legislativo. Além disso, deu origem também à emenda popular tirada da VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu de forma diferenciada das sete primeiras.

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas no governo Vargas pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, com os objetivos de levar ao conhecimento do governo as práticas de saúde no País e de servir de orientação para a execução dos serviços, e deviam ser convocadas a cada dois anos, com representantes do Ministério da Saúde, dos estados, do Distrito Federal e do território do Acre. A I e a II Conferências Nacionais de Saúde foram convocadas pelo então Ministério da Educação e Saúde e foram realizadas nos anos de 1941 e 1950, respectivamente. No ano de 1953, pelo Decreto nº 1920, aconteceu o desmembramento dos Ministérios da Educação e da Saúde e, a partir daí, as próximas Conferências Nacionais de Saúde passaram a ser convocadas pelo Ministério da Saúde e a contar com a participação da sociedade para a discussão das políticas de saúde do País. Elas aconteceram nos anos de 1963, 1967, 1975, 1977 e 1980, mas eram, tradicionalmente, um espaço de participação burocrática (GERSCHMAN, 2005).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, sob o tema central “Saúde e Constituinte”, teve grande importância para a história da saúde no Brasil, pelo seu caráter democrático e porque dela saíram decisões de extrema importância para a sociedade brasileira. Diferentemente das sete conferências anteriores, a oitava contou com a participação não só de técnicos e gestores, mas de mais de quatro mil pessoas, das quais mais de 50% eram usuárias do sistema de saúde.

Entre os delegados eleitos para participar dessa conferência estavam representantes de várias organizações da sociedade civil, como a Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT), a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), associações de profissionais da saúde, movimento popular em saúde e movimento sanitário (Idem, 2005).

Além da importante ampliação de participação nessa conferência, esse evento foi marcante para a história da saúde no Brasil por ter dado origem à primeira emenda constitucional nascida de um movimento social (BRASIL, 2012a, *apud* AROUCA, 1998),

que serviu de base para a Constituinte de 1988 e, segundo Baptista (2012), foi considerado documento de “expressão social”.

Lançando as bases para um novo sistema público de saúde, a VIII Conferência debateu os seguintes temas: 1) Saúde como dever do Estado e direito do cidadão; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) Financiamento setorial.

Seu relatório final apresentou três contribuições para a reforma sanitária brasileira:

a) um conceito amplo de saúde; b) a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e c) a instituição de um Sistema Único de Saúde, organizado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação da comunidade (CONASS, 2007, p. 27 e 28).

Em vista disso, algumas ações começaram a ser implementadas nesse sentido, culminando com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que, assim como as AIS, praticava a integração dos serviços de saúde (planejamento, orçamento e decisões no âmbito das comissões institucionais).

### 1.1.2 Sistema Único de Saúde (SUS)

A conquista institucional da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, construída ao longo da história da sociedade brasileira, contou também com intensos debates durante a realização da Assembleia Nacional Constituinte de 1988. De um lado, os empresários e, de outro, representantes da reforma sanitária, cujo embate de ideias e interesses resultou no atendimento de grande parte das propostas do movimento de Reforma Sanitária.

A Constituição Brasileira de 1988, também conhecida como “Constituição Cidadã”, por meio dos seus artigos 196 e 198, determinou que a saúde é dever do Estado para todo cidadão, por meio de um sistema único de saúde, e acatou algumas das propostas da reforma sanitária, como a universalização e equidade no acesso aos serviços e a integração dos serviços de saúde em uma “rede hierarquizada e regionalizada com participação da comunidade na administração das unidades locais” (BERTOLLI, 1999, p. 64). Esse marco institucional, pelo qual a saúde constitui um direito social básico para as condições de cidadania, faz ligação direta e coerente com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, publicada pela Resolução 217 A (III), da Assembléia Geral das Nações Unidas (ONU), de 10 de dezembro de 1948. O seu art. XXV diz:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego,

doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

A nova Constituição vem alinhar-se ainda ao conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde: “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (SCLIAR, 2007, p. 36).

A consolidação institucional dessa conquista para a saúde está no Sistema Único de Saúde (SUS). Ele foi constitucionalmente concebido por diretrizes estabelecidas pela Constituição de 1988 e implantado por leis de regulamentação, como a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (TEIXEIRA; COSTA, 2003). É um sistema criado para proporcionar “universalidade de acesso, integralidade e igualdade ou equidade na prestação de ações e serviços de saúde” (CONASS, 2011. p. 18). Essa reengenharia do sistema público de saúde prevê saúde para todos os brasileiros indistintamente, de acordo com um princípio de justiça social, de caráter universal e igualitário, que deverá ser prestado por órgãos, instituições e fundações públicas, podendo ser complementada por instituições privadas, preferencialmente as filantrópicas e as sem fins lucrativos, e a sua orientação passa a ser para a vigilância em saúde.

O SUS segue o princípio da descentralização para os municípios e é disciplinado pelas Normas Operacionais. Essas normas têm o objetivo de estabelecer as competências e estratégias operacionais do sistema. São publicadas por portarias do Ministério da Saúde elaboradas de acordo com entes federativos, representados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), além da participação da comunidade para o controle social por meio dos conselhos de saúde federal, estaduais e municipais.

Levando-se em conta toda a história da saúde no Brasil e o ambiente político, econômico e social que permeou a criação do SUS, o entendimento é de que sua consolidação faz parte de um processo em construção e de enfrentamentos de várias ordens. Ou seja, para se conseguir garantia de universalidade e equidade nos serviços de saúde e de integralidade do cuidado, vários obstáculos devem ser transpostos, entre eles: mudança cultural e estrutural e quebra de paradigmas de gestão formados nos períodos que antecederam a criação desse serviço.

Inserido nesse contexto da integralidade constitucional de atenção à saúde e dos desafios da sua implementação pelo SUS, encontra-se o processo de construção da vigilância da saúde, como meio de realizar ações que venham contribuir para uma melhor intervenção nos problemas identificados.

## 1.2 Vigilância à saúde e integralidade

É consenso que as práticas de vigilância à saúde sofreram impactos das transformações observadas na realidade social e dos conceitos de saúde e doença de cada época, uma vez que os problemas de saúde bem como as soluções destes problemas, estão diretamente relacionados com o modelo de organização de uma sociedade, com as formas que esta sociedade estabelece suas relações e com o processo histórico que conduz a construção institucional.

Reverendo a história da vigilância em saúde, observa-se que, inicialmente, se limitava a medidas de isolamento e quarentena dos indivíduos contaminados e aos “cordões sanitários”, para isolar vilas e cidades contaminadas, na tentativa de evitar a propagação de doenças. Com o surgimento dos centros urbanos e até meados do século vinte, a saúde pública se resumia nestas ações de controle. Um avanço aconteceu, quando um novo critério foi associado ao isolamento: o da observação sistemática do doente. Ou seja, o isolamento ainda acontecia, mas, depois de detectados os primeiros sintomas da doença.

Com o advento da Medicina Social, a saúde da população é elevada à condição de tema; torna-se um problema social e o controle de instalações, comércio, alimentos e trânsito pelos portos, tanto de pessoas, como de cargas, faziam parte de um elenco de medidas de higienização do meio urbano, com o objetivo de evitar a transmissão de doenças (BRASIL, 2005).

Na segunda metade do século XIX, duas novas vertentes atraem o interesse sanitário, econômico e político do país: 1) a “Medicina Tropical”, responsável pelo cuidado com a malária, febre-amarela e parasitoses; 2) a chamada “Era Bacteriológica”, que se iniciou em 1864, cujo desenvolvimento levou à identificação do agente etiológico e, por consequência, o combate a este agente, levou à vacina antivaríola, uma nova forma de intervenção da época (Idem, 2005).

O que se percebe até então, é que há um modelo assistencial sanitarista com uma nítida atenção voltada para a doença e não para a saúde, bem como para os efeitos das doenças em lugar das causas.

Na tentativa de construção do conceito de vigilância, Karel Raska propõe, em 1964, uma nova linha de qualificação, que chama de “vigilância epidemiológica”. Sua proposição foi reforçada pela criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da OMS e, em 1968, pela realização da 21ª Assembleia Mundial de



Saúde. Esta última não só reforçou como ampliou o emprego desse novo conceito para além das doenças transmissíveis (MONKEN; BATISTELLA, 2009).

Nesse sentido, a vigilância surge como parte de um conjunto de áreas de investigação epidemiológica: “análise da situação de saúde; identificação de perfis e fatores de risco; avaliação epidemiológica de serviços e vigilância em saúde pública” (WALDMAN; ROSA, 1998, p. 11). Dessa forma, os resultados obtidos na análise da situação de saúde demonstram as condições de bem-estar da comunidade, por meio da análise contínua de indicadores demográficos, social e de saúde, visando ao entendimento do processo saúde-doença e, conseqüentemente, ao planejamento das políticas de saúde pertinentes.

A investigação epidemiológica, além de contribuir para o impacto das ações integrais de saúde, contempla a avaliação do nível de interferência das constantes transformações sociais, como indicadores de condições de saúde e de adoecimento, pela identificação de fatores de risco e de perfis de grupos de risco em relação a determinadas situações de agravo à saúde.

Esse processo de investigação contribui ainda para o impacto das ações integrais de saúde. Como ferramenta de controle, confere os resultados das ações implementadas, para a conseqüente correção, adaptação e alteração das políticas de saúde, por meio da avaliação dos níveis de eficiência e eficácia de cada serviço implementado, em relação aos índices de morbimortalidade constatados.

Diante do exposto, chegou-se ao seguinte conceito de vigilância epidemiológica:

[...] é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (MS, 2008, p. 7).

Percebe-se que a vigilância, como fruto das dinâmicas sociais, vai sofrendo transformações diretamente relacionadas ao modo de vida da população, à maneira como as concepções e as realidades da saúde e da doença se manifestam e à herança institucional carregada por período.

Em vista disso, Teixeira (2002, p. 160) postula que um novo modelo de atenção à saúde deve ser “adequado à heterogeneidade estrutural e à diversidade epidemiológica e social da população”. Um exemplo disso é a prevalência das doenças crônico-degenerativas, fruto das sociedades industriais, que provocou a introdução da noção de risco e a conseqüente identificação dos fatores de risco nos aspectos relativos ao cuidado com a saúde da população.

Como as determinações sociais das doenças ficam cada vez mais visíveis, percebe-se a necessidade do conhecimento do indivíduo inserido no contexto social, ou seja,

no seu ambiente de vida, de trabalho e de relações sociais, trazendo para a vigilância o reforço da prática do princípio da integralidade do cuidado. Daí a importância, entre outros pontos, da articulação entre o Estado e o cidadão, em âmbitos ampliados de sua vida, como a família, o trabalho e a coletividade.

Com a publicação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) em atendimento à determinação da Constituição Brasileira de 1988, fica contemplado, institucionalmente, o princípio da integralidade nas ações de saúde. Sendo assim, associada ao princípio constitucional da integralidade do cuidado com o indivíduo, a vigilância também se reorganiza e atualiza concepções no sentido de promover a atuação das políticas de saúde sobre todos os aspectos que envolvem o processo saúde-doença, tendo como eixo um modelo que integre as ações de saúde na sua totalidade.

Sob essa perspectiva, o indivíduo, como objetivo final da atenção, não pode ser visto isoladamente, mas, sim, como integrante de um território onde mora, trabalha, ganha seu sustento, se relaciona, desenvolve suas concepções de cultura, família e sociedade e, enfim, desenvolve as suas relações, sejam elas com o meio ambiente, sejam com as pessoas. Arouca (2002) fez a seguinte reflexão nesse sentido:

Nós fizemos a reforma sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele, desumanizado, medicalizado, está errado. Temos de entrar no coração deste modelo e mudar. Qual o fundamento? Primeiro, é a promoção da saúde, e não da doença. O SUS tem de, em primeiro lugar, perguntar o que está acontecendo no cotidiano das vidas das pessoas e como eu posso interferir para torná-las mais saudáveis (BRASIL, 2009a, p. 2 *apud* AROUCA, 2002).

Entende-se que essa mudança transfere a ênfase dada na recuperação da saúde para a prevenção de riscos e de agravos e para a promoção da saúde. Há uma proposta de mudança para o paradigma da saúde, com ênfase na qualidade de vida. Consequentemente, há uma redefinição do objeto da atenção. Se antes o objeto se constituía somente nos efeitos dos problemas de saúde, agora se acrescentam a esses as causas das doenças, visando ao indivíduo como centro da atenção.

Diante disso, várias discussões aconteceram para uma reorganização da vigilância epidemiológica no Brasil como um dos eixos de orientação que viesse atender aos propósitos do SUS. Assim, uma nova proposta de mudança no modelo de atenção surge nos anos 1990, cuja organização se daria a partir da integração de três divisões: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental. A primeira se responsabilizaria pelo cuidado com os assuntos relativos aos efeitos de doenças e agravos; a segunda, pelos perigos causados pelos agentes químicos, físicos e biológicos; e a terceira, pelos efeitos de exposições a agentes ambientais (FREITAS; FREITAS, 2005).

Há uma evolução do conceito de vigilância para o de vigilância da saúde, que nasceu de três elementos importantes, de acordo com Teixeira (2008): primeiro, a base dada pelos distritos sanitários implantados no final da década de 1980, que criaram espaços para o desenvolvimento de práticas em saúde; segundo, o início – a partir da difusão das ideias de planejamento, que atingiu também o setor de saúde – da noção de análise de situação de saúde, dentro da perspectiva de sua complexidade, na qual se verifica a relação entre problemas de saúde e fatores que os desencadeiam; e, por último, a discussão dos processos de trabalho.

Esses três elementos juntos fizeram que a situação de saúde passasse a ser pensada como um tema com complexidades, que poderia ser analisado e solucionado observando-se as práticas de trabalho. Diante disso, surgiu a necessidade de se trazerem a Geografia Crítica e a Epidemiologia Social para fazer parte dessa teoria. A primeira apresenta-se com os conceitos de território, entendido como espaço em transformação, e a segunda, com a análise da situação de saúde (Idem, 2008).

Portanto, o conceito de vigilância, sob a nova abordagem de vigilância em saúde, vem ampliar suas práticas para além do conceito de vigilância epidemiológica:

O conceito de Vigilância em Saúde inclui: a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária (BRASIL, 2008, p. 6).

A visão do ambiente como integrante da saúde pública e do conhecimento científico que a envolve e, portanto, da busca pela qualidade de vida da população passa a ser pensada como tudo o que permeia a interação entre o homem e o ambiente natural e antrópico que possa interferir no seu adoecimento (CAMPOS, 2003).

A forma integrada que esse novo olhar dá aos problemas de saúde faz que eles sejam analisados e enfrentados por agentes sociais, de modo articulado, considerando, associadamente, todos os fatores que possam originar os problemas de saúde, desenvolvê-los ou contribuir para a sua permanência. Além disso, esse novo olhar dos problemas de saúde utiliza de uma premissa que é a do princípio da territorialidade, pelo qual o indivíduo e a comunidade são considerados “sujeitos do processo” e o território deve ser entendido como:

[...] o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, etc. (CAMPOS, 2003, p. 578).

Ou seja, o objetivo final da vigilância é o indivíduo, mas dentro do seu contexto de vida e de relações, e não isoladamente. Assim também devem ser as políticas de saúde –

direcionadas para o conjunto de elementos que compõem o “mundo” em que o indivíduo está inserido.

Essa perspectiva apresenta uma vigilância com as seguintes características:

[...] a) Intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ ou determinantes); b) Ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) Operacionalização do conceito de risco; d) Articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) Atuação intersetorial; f) Ações sobre o território; g) Intervenção sob a forma de operações (TEIXEIRA, 1998, p. 18).

Conclui-se, portanto, que o conceito atual de vigilância corresponde a um modelo de atenção composto pela soma de conceitos já existentes, pela redefinição geral dos aspectos e das etapas que compõem as ações e pela agregação de saberes como “da geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde” (Idem, 1998, p. 18). Quanto ao aspecto político-institucional, essa nova abordagem baseia-se na descentralização e na reorganização das práticas em nível local.

Diante da nova realidade em que, tratando-se de saúde, o homem não pode ser visto como um ser isolado e, sim, como parte de um ambiente em que ele influencia, do qual sofre influências e a ele se adapta, entende-se que a busca do equilíbrio entre o homem e esse ambiente para a obtenção de saúde passa pelo contexto da promoção da saúde.

### **1.3 Promoção da saúde**

Saúde, liberdade, escolhas, tudo isso envolve um aspecto muito importante para o ser humano – a sua qualidade de vida. No enlace entre qualidade de vida e saúde, encontra-se o desenvolvimento da promoção da saúde na busca de respostas que levem à conquista de condições favoráveis às duas.

Apesar de, em determinadas fases da história, essa teoria ficar adormecida, no século XVIII já existiam pensamentos de que o nível de qualidade de vida exercia influência sobre a saúde do ser humano e vice-versa. Johann Peter Frank, em *A miséria do povo, mãe das enfermidades*, já considerava, como o próprio título diz, que a pobreza e as más condições de vida e trabalho eram os grandes responsáveis pelo adoecimento das pessoas (BUSS, 2000).

Sendo assim, a busca pelas soluções dos problemas de saúde da população trouxe a necessidade de implementação de políticas que viessem proporcionar melhores condições de vida, e estas, por sua vez, gerar saúde. É nesse sentido que se desenvolve o tema “promoção da saúde”, com o objetivo de contribuir para uma nova realidade, que deixa o modelo centrado na doença e na demanda espontânea e se volta para uma prática de saúde que vai ao encontro do indivíduo.

Buscando o significado da palavra “promover”, encontra-se: “dar impulso a; trabalhar a favor de; favorecer o progresso de; fazer avançar; fomentar” (FERREIRA, 2010, p. 1.719). Percebe-se, por esses significados, o mesmo sentido que envolve a concepção atual da promoção da saúde, que vem tratar a saúde não pela sua negação que é a ausência de doença. Essa visão pode ser observada no conjunto de estratégias utilizadas, que procuram enfrentar não somente determinada doença ou problema, mas, também, os obstáculos que afetam a saúde das pessoas, dando impulso aos quesitos saúde e bem-estar das populações ou elevando-os a uma categoria superior.

O primeiro autor a utilizar a expressão “promoção da saúde” foi Winslow, em 1920. Para ele, uma sociedade organizada poderia não só reivindicar políticas públicas de melhoria das condições de vida, bem como dar maior valor aos programas educativos a favor da qualidade de vida (SPERANDIO *et al.*, 2004). O segundo foi o sanitarista Henry Sigerist, quando, em 1946, concluiu que, entre as quatro funções básicas da medicina, estava a promoção da saúde, com a prevenção das doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação (BRASIL, 2007).

Alguns acontecimentos formaram bases para as atuais discussões acerca do tema “promoção da saúde”. Entre eles estão a abertura da China para o mundo exterior e o Relatório Lalonde. A OMS, em 1973 e 1974, em vista da abertura da China para a comunidade internacional, enviou missões de especialistas ocidentais àquele país, a fim de que vissem de perto as experiências vividas com ações que iam além do cuidado médico tradicional. De acordo com os relatos das comissões, a China adotava medidas de melhoria da saúde desde 1965, predominantemente nas comunidades rurais. Eram elas:

[...] • organização da comunidade local • atenção aos anciãos, mais além da assistência do Estado • promoção do desenvolvimento de indústrias caseiras • ajuda às escolas e serviços em geral • organização do povo para cuidar da saúde ambiental • realização de cuidados preventivos e tratamentos, incluindo o uso de ervas medicinais • apoio à manutenção da ordem social no tráfego, policiamento e nos incêndios • promoção de campanhas de saúde em todos os níveis visando substituir velhos costumes e mobilizar a comunidade para: - movimentos de massa contra as “quatro pestes” - limpeza das casas, quintais e ruas - orientação de hábitos higiênicos - manutenção e uso da água potável - construção de unidades rurais de saúde - preparação de insumos simples (utensílios, pílulas, poções) - controle da limpeza de locais públicos (MS, 2002, p. 7).

Quanto ao Relatório de Marc Lalonde, publicado no Canadá, em 1974, com o título *Uma nova perspectiva para a saúde dos canadenses*<sup>2</sup>, esse documento apresentava o pensamento de que as ações de saúde estavam diretamente relacionadas às garantias de qualidade de vida como determinantes do processo saúde-doença e de que o conjunto de

<sup>2</sup> *A new perspective on the health of Canadians.*

práticas e saberes deveria avançar por um contexto mais amplo, que contemplasse a biologia humana, a organização dos serviços de saúde, o ambiente e o estilo de vida. Preconizava ainda que as ações de promoção da saúde deveriam acontecer de forma integrada entre os seus diversos atores (CARVALHO, 2004).

Segundo Aguiar (2003), Marc Lalonde era o titular do Ministério Nacional da Saúde e do Bem Estar Nacional Canadense, quando publicou esse documento na forma de relatório, que serviu de subsídio para a inclusão do item “determinantes da saúde” nos documentos da 34ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 1981.

A teoria de Lalonde deu origem à política das “cidades saudáveis”, que levou Toronto, no Canadá, em busca do título de cidade mais saudável do mundo. Essa ideia repercutiu em várias cidades da Europa e, mais tarde, acabou por se caracterizar como estratégia de promoção da saúde (SPERANDIO *et al.*, 2004).

Muitos documentos e eventos contribuíram para a construção do novo conceito de promoção da saúde. Um desses eventos foi a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, em 1978, em Alma-Ata, no Cazaquistão, pertencente à antiga União Soviética. Suas decisões refletiram nas ações de saúde adotadas na época, pois essa conferência, organizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), conclamou todos os países do mundo a promover ações urgentes de promoção da saúde, com o lema conhecido como “Saúde para todos no ano 2000”. Cento e trinta e quatro países compareceram à conferência e assinaram o pacto da “Declaração de Alma-Ata” (MATTA; MOROSINI, 2009).

O debate da conferência concluiu, em sua declaração, que a saúde como direito do cidadão deve ser objeto de conquista de todos os países e que, em vista disso, devem ser adotadas práticas que diminuam as desigualdades e iniquidades, com vistas à melhora nos níveis de saúde e, conseqüentemente, no desenvolvimento econômico, na qualidade de vida e na paz. Destaca-se ainda a importância do “empoderamento” da população, quando ela, no seu item IV, diz: “É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (OPAS, 2012, p. 1).

A declaração não só faz essa ponderação, como indica que o caminho para se conseguir essa participação são os cuidados primários de saúde, uma vez que envolvem metodologia simples, prática, de custo razoável, aceitável, de alcance universal e são o primeiro nível da escala de diálogo entre o sistema e o indivíduo. Cabe aqui esclarecer que, para fins desta dissertação os termos Atenção Primária e Atenção Básica, serão tratados como sinônimos.

No Brasil, a concepção de cuidados primários da saúde recebeu a denominação “atenção básica à saúde” e foi criada de maneira crescente. Os centros de saúde, apesar de terem sido criados em 1924, ou seja, antes da Conferência de Alma-Ata, já demonstravam características discretas desse modelo, bem como o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), na década de 1940, e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), nos anos 1970. Mas o desenvolvimento dessa concepção aconteceu, posteriormente, com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e com os princípios do SUS (SPERANDIO *et al.*, 2004).

Ainda sobre fatos e documentos relacionados ao desenvolvimento do conceito de promoção da saúde, o Relatório de Douglas Black, publicado na Inglaterra, em 1980, destaca, segundo uma abordagem social, a importância da “amplitude da iniquidade social e a relação de classe social com indicadores de morbidade e mortalidade” (MS, 2002, p. 12).

Uma ideia nova foi colocada também pela I Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1981, no Canadá. Trouxe o contexto social como determinante da situação de saúde, mas sob a perspectiva de que o *status* determina o estilo de vida, ou seja, cada indivíduo comporta-se de acordo com o contexto social em que está inserido. Portanto, essa conferência colocou a promoção da saúde no sentido de orientar suas ações na direção dos fatores sociais e ambientais, visando ao combate às iniquidades (Idem, 2002).

Outro importante documento foi o *Relatório EPP*, assim chamado porque foi produzido pela coordenação de Jake Epp, ministro da Saúde do Canadá que sucedeu a Lalonde, no ano 1980, e continha ideias que vinham ampliar o *Relatório Lalonde* (AGUIAR, 2003). O relatório foi lançado pela conferência de 1986 e tinha como tema “Além do Cuidado da Saúde”. Como o próprio tema sugere, o debate que deu origem ao documento versava sobre a influência das decisões políticas nas situações de saúde, conservando o enfoque da relação entre estilo de vida e saúde, proposto pelo Relatório Lalonde, mas, ao mesmo tempo, agregando elementos da atenção primária colocados na Conferência de Alma-Ata, como a multissetorialidade e o envolvimento comunitário, além da proposta de promoção da saúde voltada para a equidade e a justiça social.

Embora as iniciativas citadas tenham contribuído de forma significativa para o desenvolvimento da promoção da saúde, a *Carta de Otawa* é considerada pela literatura como o documento mais importante na sua conceituação. Originado na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada pela OMS em Otawa, Canadá, em novembro de 1986, esse documento definiu promoção da saúde da seguinte forma:

[...] é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental

e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA DE OTAWA, 1986, p. 1).

Nesse mesmo documento, “Paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” são considerados pré-requisitos para a saúde e para a sua positividade, que trazem consigo a presença de valores ou princípios tais como: “qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros” (BUSS, 2000, p. 165).

A OMS promoveu outras conferências internacionais em diferentes países, cujos documentos se basearam na *Carta de Otawa*, de acordo com relatos de Carvalho, 2007. Eis essas conferências:

- ❖ Adelaide (1988) na Austrália, II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis;
- ❖ Sundsvall (1991) na Suécia, III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde;
- ❖ Jakarta (1997) na Indonésia, IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Declaração de Jakarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI em diante. Novos Atores para uma Nova Era. Conduzindo a Promoção da Saúde para o Século XXI;
- ❖ Cidade do México (2000) no México, V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Promoção da Saúde: Diminuir desigualdades;
- ❖ Bangkok (2005), na Tailândia, VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Políticas e parcerias: abordando os determinantes de saúde;
- ❖ Nairobi (2009), no Quênia, VII Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Promoção da Saúde e Desenvolvimento: Reduzindo as Lacunas na Implementação (OMS, 2013);
- ❖ Helsinki (2013), na Finlândia, VIII Conferência Global sobre Promoção da Saúde - Marcos na Promoção da Saúde: Declarações das Conferências Globais (OMS, 2013).

Em Bogotá (1992), na Colômbia, e em Trinidad e Tobago (1993), no Caribe, aconteceram conferências regionais (WESTPHAL, 2007).

Outros documentos importantes para o contexto da promoção da saúde foram originados também pelas conferências mundiais realizadas pela União Internacional de Promoção da Saúde (Uipes) e pela Educação em Saúde e Oficina Regional Latino-Americana (Orla). Em se tratando de América Latina, o evento que trouxe a discussão do tema da



promoção da saúde, pela primeira vez, foi a I Conferência Latino-Americana de Promoção, realizada em Bogotá, capital da Colômbia, no ano de 1992, sob o tema “Um chamado à solidariedade e à responsabilidade política dos governos e das organizações não governamentais da região” (Idem, 2007).

Com base nesses debates e em vista das transformações sociais, econômicas, políticas e culturais, associadas à inclusão de altas tecnologias no cotidiano das pessoas, vários elementos foram introduzidos na concepção da promoção da saúde criada na I Conferência Internacional, tais como: responsabilidade internacional; ênfase em políticas específicas de qualidade de vida; busca da equidade e do desenvolvimento sustentável; respeito à biodiversidade; ampliação dos determinantes de saúde; empoderamento da população com a finalidade da responsabilidade social; incentivo à cultura da população, com vistas à criação e utilização de ambientes saudáveis; compromisso político de assumir a saúde como prioridade; e definição de espaços, ambientes e territórios de atuação.

Conclui-se, então, que os atuais conceitos de promoção da saúde apresentam uma visão holística, voltada para a multicausalidade, enfatizando, além da determinação biológica, a econômica e a socioambiental.

Há que se destacar a característica da intersetorialidade. Segundo Czeresnia (2003, p. 47), a promoção da saúde atual “vai além de uma aplicação técnica e normativa”, ou seja, carece de uma troca e integração de saberes não só entre os responsáveis pelas políticas de saúde, como também entre eles e a população. Neste viés, traz consigo o princípio da participação social. Entende-se que ela seja consequência da busca pela qualidade de vida, que exige o empoderamento da população, a fim de que possa participar do planejamento e execução das ações, bem como das tomadas de decisões, juntamente com todos os atores envolvidos.

A nova abordagem enfatiza a sustentabilidade como parte do conjunto de valores apresentados pela política da promoção da saúde e consiste no objetivo de propor ações que promovam a sustentabilidade por meio, entre outros pontos, do apoio às iniciativas de desenvolvimento sustentável e da reorientação das práticas de saúde para esse enfoque.

Todo esse elenco de eventos e de documentos influenciou a evolução do conceito de promoção da saúde. Retoma-se, aqui, o objetivo geral da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), mencionado no início deste trabalho:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006a, p. 13).

Essa iniciativa foi aprovada pela Portaria nº 687/MS, de 30.3.2006, pela qual a PNPS dá diretrizes e aponta estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do SUS, para garantir a integralidade do cuidado (Idem, 2006).

Nesse cenário, destaca-se a relação trabalho-saúde/doença, considerando o ambiente de trabalho como território de relações que constitui fator determinante e condicionante de saúde e, normalmente, é carente de ações que tragam qualidade de vida para o indivíduo.

#### **1.4 A Saúde do trabalhador brasileiro**

A atenção à saúde do trabalhador brasileiro dá seus primeiros sinais na agenda das discussões do Estado na década de 1980, a partir dos debates da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores realizada em 1986. Até então, ficava a cargo das empresas e da previdência social, sendo o Ministério do Trabalho, responsável pela regulamentação e controle das condições e ambientes de trabalho. Esta situação permaneceu até a promulgação de Constituição de 1988, a Constituição Cidadã, democrática, que traz a saúde como parte dos direitos sociais, a ser executada pelo SUS, incluindo aí os trabalhadores (SATO *et al*, 2006).

##### **1.4.1 Relação trabalho-saúde/doença – uma breve revisão**

“O trabalho é a atividade consciente do homem sobre a natureza. Através dele o homem domina e transforma o meio ambiente, dando-lhe uma forma que existia inicialmente apenas em sua imaginação” (LINO; PIANTA, 2012, p. 5). Diferentemente dos homens, os animais irracionais adaptam-se ao meio ambiente, em vez de transformá-lo. Portanto, o trabalho é uma atividade inerente ao ser humano e consiste no esforço em transformar matérias-primas em materiais e serviços que servirão de base para a sua vida material nas mais variadas dimensões: econômica, política, social, religiosa e cultural, a fim de atender as suas necessidades.

Ele está presente desde as primeiras formas de produção, em que o ser humano começou a produzir ferramentas e armas para a busca de sua sobrevivência e de proteção do grupo. Tão logo isso ocorreu, surgiu a divisão do trabalho, na qual o homem saía em busca de provimentos e a mulher se encarregava, entre outras tarefas, do preparo deles. Entende-se que, nessa divisão “doméstica”, esteja o embrião da organização do trabalho (BRENNY, 2006).

A caça foi a primeira atividade do homem nômade em busca da satisfação do corpo, seguida da coleta de frutos, leguminosas e tubérculos. Mas foi o sentimento de proteger o grupo que levou ao desenvolvimento de uma das mais importantes atividades da história laboral do ser humano: a agricultura. Ao se alojar em cavernas e no cume das montanhas, para se proteger de animais maiores e de intempéries, o homem percebeu que, ao jogar sementes nas margens dos rios, elas germinavam. Isso o fez concluir que poderia deixar de ser nômade, de sair em busca de sua presa, para se fixar em locais onde, lançando a semente, teria o seu alimento. Da agricultura partiu para o pastoreio, como forma de garantir a alimentação e o aperfeiçoamento do trabalho por tração animal.

Reverendo a história, percebe-se que, em cada meio de produção, os riscos e agravos estavam sempre presentes em cada fase dos avanços das técnicas laborais, refletindo na saúde da população. Primeiramente, para garantir a sobrevivência, o homem dispunha unicamente de sua “astúcia, inteligência superior e do uso das mãos”, o que provocava acidentes frequentes nas atividades de caça e pesca. A busca por meios de facilitar a produção e de se proteger impulsionou o desenvolvimento de ferramentas e armas e, conseqüentemente, o aprimoramento do trabalho. Inicialmente, utilizou a madeira e a pedra e, mais tarde, com a descoberta do fogo, foram usados os minérios e o metal. Essa evolução proporcionou maior acesso a bens e serviços e à produção de riquezas e, em contrapartida, mudança no padrão de consumo, mais riscos e vida mais estressada (ALBERTON, 1996).

As quedas, as queimaduras e os afogamentos somaram-se às lesões causadas por animais utilizados como tração animal, na agricultura, no pastoreio e na pecuária, eventos que marcaram a formação social da vida humana e são frutos das descobertas e criações advindas das necessidades do trabalho.

Esse avanço nas técnicas laborais proporcionou uma produção maior do que a necessária para o consumo da família, ou do grupo, e surgiu o excedente. Como no início da civilização não existia moeda, o excedente possibilitou a prática das trocas entre as pessoas, sem equivalência de valor monetário – o escambo. Segundo Freire (2010), *apud* Smith (1996), nenhum outro animal exerce o intercâmbio, portanto essa é uma prática própria do ser humano. O escambo era uma forma de comércio e de mercado, na qual a lógica não era o ganho e o lucro, determinados pelo preço. Era uma forma discreta de comércio ou pré-comércio, que utilizava os materiais mais procurados e aceitos por todos como material-moeda ou moeda-mercadoria.

São exemplos marcantes dessa prática o gado e o sal. Daí a origem de palavras que vêm do latim, como: “pecúnia” e “pecúlio”, que vêm do latim “*pecus*”, que significa

“gado”; e “capital”, do latim “*capita*”, que quer dizer “cabeça”, em referência à cabeça de gado. A palavra “salário” surgiu da utilização do sal como pagamento de serviços prestados, como era praticado em Roma. No Brasil, essas formas de moeda-mercadoria foram muito utilizadas no século XVII, principalmente o cauri, o açúcar, o pau-brasil, o pano, o cacau e o tabaco (BRASIL, 2012b).

Com o tempo, essas “moedas” tornaram-se inviáveis pelo fato de serem perecíveis, fracionáveis e apresentarem oscilação de valor. Como o metal era o material de maior valor devido à dificuldade de exploração e por ser detentor de imunidade à corrosão, foi-se transformando em moeda de troca até que surgiram as semelhantes às atuais, com símbolos de quem as imprimia, com peso e valor definidos. Iniciou-se, assim, no século VII a. C., o processo de fabricação do “dinheiro”. Primeiro as moedas de ouro, prata e cobre, depois as moedas de papel (as notas) e o cheque, entre outras formas (Idem, 2012b)

Ainda, em referência ao sistema de trocas, a literatura diz que foi pela evolução desse sistema que se chegou ao sentimento de posse e, posteriormente, à ideia de propriedade coletiva e de propriedade privada. Levado pela alteração de comportamento da sociedade, essa ideia deu origem às guerras, ao Estado e a outras formas de trabalho, como o escravo, que era realizado pelos vencidos e pelos inadimplentes. Inicialmente os indivíduos submetidos ao trabalho escravo tinham como pena a execução, mas, quando o homem percebeu que poderia utilizá-los como mão de obra para produzir e acumular bens, resolveu substituir a execução pelo trabalho escravo.

O escravo era tratado como os animais e as ferramentas. Como tal, não havia preocupação com a saúde desse “trabalhador” e tampouco com a relação que pudesse ocorrer entre o tipo de trabalho exercido e o estado de sua saúde. Gomes (2008) define o escravo como “objecto humano”, que não possuía qualquer proteção, a não ser o mínimo necessário à sua subsistência. Os castigos e as repressões a que eram submetidos levavam-nos, muitas vezes, a fugas individuais e coletivas, ao suicídio, à automutilação e a outras manifestações.

A servidão era outra forma de relação de produção, na qual a liberdade pessoal também não existia. Alguns a consideram como escravidão mais branda, porque, embora fosse uma relação de exploração como a dos escravos, ela limitava-se ao trabalho agrícola, em terras que pertenciam aos senhores feudais, mediante o pagamento de rendas ou a prestação de serviços. Nesse modelo, embora os camponeses não fossem propriedade dos senhores, como o eram os escravos, eles não tinham liberdade de negociar o seu trabalho. De tudo o que produziam, recebiam apenas uma parte, que nem sempre era suficiente para o seu sustento.

Embora, diferentemente dos escravos, os servos não pudessem ser vendidos e tivessem proteção militar e garantia de terras para trabalhar, viviam em condições muito precárias e sob a ameaça de fome devido às dificuldades técnicas da lavoura (SOUSA, 2012).

É interessante relatar uma modalidade de relação de trabalho que surgiu com o advento do artesanato e que praticava um modelo de assistência aos trabalhadores da época. Eram as chamadas corporações de ofício. Esse tipo de organização reunia profissionais do mesmo ramo de atividades, como: carpinteiros, ferreiros, padeiros e alfaiates. Elas possuíam uma rígida estrutura hierárquica de trabalho, formada pelos mestres, oficiais e aprendizes (GASPARETTO JUNIOR, 2010).

A primeira corporação de ofício do Brasil surgiu, em 1641, em Salvador e era ligada à Companhia de Jesus, porque – conforme o modelo trazido de Portugal pela forte influência da Igreja Católica – cada corporação era ligada a uma irmandade religiosa, para a qual pagava mensalidades, que eram convertidas em assistência nos casos de doença e morte dos artesãos. Além disso, as corporações podiam contar com a assistência financeira das irmandades na concessão de empréstimos e créditos, atividade que mais tarde seria exercida pelos bancos. Como lidavam com uma representativa força produtiva do momento – os artesãos –, as corporações exerciam grande influência econômica e política na vida da colônia (Idem, 2010).

O desenvolvimento do artesanato e da manufatura trouxe a organização e a consolidação do comércio, ou seja, com o surgimento da manufatura, descobertas importantes, como as das energias hidráulica, a vapor e elétrica, foram agregadas ao ambiente manufatureiro. E o artesanato deu lugar a um processo de industrialização, que trouxe consigo significativas transformações sociais, entre elas a urbanização. O surgimento da industrialização trouxe também novos riscos e novos acidentes de trabalho: “O homem deixou o risco de ser apanhado pelas garras dos animais, para se submeter ao risco de ser apanhado pelas garras das máquinas” (ALBERTON, 1996, p. 2).

Os impactos da industrialização na sociedade foram tão importantes, que a transformação causada pelas fábricas na vida do homem recebeu o nome de Revolução Industrial. Nesse novo modelo de produção ocorrido em meados dos séculos XVIII e XIX, a ferramenta de produção em grande escala foi a máquina, e o homem passou a fazer parte da engrenagem como “peça” da máquina. Nele, há uma predominância do trabalho assalariado e surgem os primeiros movimentos dos trabalhadores. A revolta dos operários ao chamado “capitalismo selvagem”, que explorava a força humana de trabalho, foi motivada por várias

razões, entre elas: baixos salários, extensas jornadas, mão de obra infantil e condições de meio ambiente insalubre (FOGLIA, 2012; VIANA JÚNIOR, 2012.).

Especificamente no Brasil, devido aos interesses de Portugal em obrigar o consumo de produtos europeus na colônia, o processo de industrialização foi retardado para meados do século XIX. As primeiras fábricas foram as de tecidos e de calçados e o desenvolvimento industrial se deu no governo Vargas, principalmente nos anos de 1930 e de 1940. Mas, assim como ocorreu no restante do mundo, as consequências da industrialização também foram marcantes para a sociedade e o trabalhador brasileiros (ROCHA, 2009).

O trecho abaixo retrata bem a realidade do operário que viveu nessa época e qual era a visão do “sistema” sobre o meio ambiente fabril:

O barulho e o movimento das máquinas, que são desagradáveis e confusos para os espectadores não acostumados àquela cena, não produzem o menor efeito nos operários habituados a essa realidade. As únicas coisas que fazem com que os trabalhadores das fábricas padeçam são o confinamento por longas horas e a ausência de ar fresco: isso os deixa pálidos, reduz o vigor físico deles, mas raramente os deixa doentes. As diminutas fibras de algodão que flutuam nos ambientes são entendidas, mesmo pelos médicos, como não prejudiciais aos jovens que ali trabalham (MACHADO, 2012, Apud BLAINE, 1835, p. 1).

A revolução industrial, impulsionada pelo desenvolvimento tecnológico, introduziu novos ingredientes na relação saúde-doença do trabalhador. A força produtiva humana viu-se exposta a “[...] engrenagens, gases, produtos químicos e poeiras [...]” (ALBERTON, 1996, p. 1). O ambiente fechado, insalubre e abafado das fábricas e o aglomeramento urbano em condições de miséria e sem saneamento, provocado pelo êxodo rural, deram origem a novas situações de adoecimento, como o tifo europeu, também chamado de febre das fábricas, a tuberculose e a varíola. Os problemas respiratórios eram causados pela poeira de uma solução de cal misturada aos pelos de carneiros e ovelhas utilizados nas indústrias têxteis. Além dessas doenças, a fábrica trouxe consigo a silicose, provocada nos trabalhadores das minas de carvão; a intoxicação por mercúrio, nos das indústrias de vidro; o saturnismo, nos da indústria de pinturas, entre outras (FRIAS JÚNIOR, 1999; MACHADO, 2012; ROCHA, 2009).

Diversos autores citam os efeitos da industrialização no mundo do trabalho, tais como: o trabalho assalariado, o surgimento dos sindicatos e o aumento do número de acidentes de trabalho, do uso do trabalho infantil e das doenças. Essas transformações foram importantes no mundo do trabalho e muito sentidas pelos trabalhadores, as quais se iniciaram na Europa e se estenderam para o mundo todo.

Considerando-se que a força produtiva faz parte de um processo dinâmico, no qual cada geração modifica as práticas e as tecnologias que recebe da geração anterior,

adaptando-as às novas realidades e necessidades, a sociedade, após a Segunda Guerra Mundial, passou a viver a chamada “Era Pós-Industrial”. O perfil do trabalho que se segue ao da revolução industrial é o da informação, cuja característica está baseada nesse produto. Sobre essa nova fase, Lucci (2013) diz o seguinte:

Durante dois séculos, tempo que durou a sociedade industrial (1750-1950), o maior desafio foi a *eficiência*, isto é, *fazer o maior número de coisas no menor tempo*. Assim, o ritmo de vida deixou de ser controlado pelas estações do ano e tornou-se mais dinâmico. Enquanto a agricultura precisou de dez mil anos para produzir a indústria, esta precisou de apenas 200 anos para gerar a sociedade ou Era Pós-industrial (LUCCI, 2013, p. 1).

Denominada de “Era da Informação”, essa fase imprime, além de novas características nas relações de trabalho, importantes mudanças sociais. O conhecimento passou a ter mais valor do que o trabalho simplesmente operacional, a orientação é para a especialização e o aprendizado contínuo, o esforço físico dá lugar à criatividade. A velocidade da informação e a conseqüente globalização de costumes, de produtos e da economia deram um novo formato à produção e ao trabalho. O modelo de organização apresentado deve atender a um chamado composto por produtividade, competitividade e lucratividade, em que a criatividade, a diversidade e a qualidade dos produtos são os novos ingredientes de cada uma. Como a atração do mercado é pelo diferente, mas com qualidade, a criatividade deve gerar novas necessidades de consumo, o que aumenta a variedade de produtos lançados em curto espaço de tempo. O controle de qualidade passou a fazer parte de todas as fases do processo de produção.

Essa nova ordem provocou um redesenho do mundo do trabalho. Aconteceram alterações importantes na gestão e no perfil da força produtiva: o treinamento e a liderança são estimulados; o novo profissional deve ser multiprofissional e não apenas conhecedor de uma única tarefa; e o trabalho assalariado dá lugar à ciência e à tecnologia como força produtiva, cujo emprego aparece como temporário, parcial, casual, informal.

Correia (2008) faz uma interessante retrospectiva do modo como o trabalhador foi visto na estrutura das organizações, nos diferentes modos de produção existentes. Na “Era Industrial Clássica”, o trabalhador era denominado de mão de obra e fazia parte da estrutura do Departamento de Pessoal. Na “Era Industrial Neoclássica”, a mão de obra passa a ser vista mais como um dos recursos utilizados pela organização para atingir os seus resultados: os recursos humanos eram equiparados aos recursos materiais, financeiros, entre outros. Finalmente, na “Era da Informação”, os recursos humanos passam a ser vistos como colaboradores, que compartilham o trabalho em equipes e fazem parte do “Capital Intelectual” da organização, cuja estrutura é a da gestão de pessoas. A gestão de pessoas deixa de ter o

caráter técnico-funcional e adquire o caráter estratégico, pelo qual os indivíduos agregam valor às organizações e se tornam um importante diferencial.

Ao analisar as diferentes etapas do desenvolvimento do trabalho e do trabalhador, percebe-se ainda que, desde os primeiros modos de produção, o homem busca no trabalho, além da sua sobrevivência, a sua satisfação pessoal e coletiva. Mesmo na era industrial, a perspectiva reducionista e alienante do trabalho, em detrimento da realização pessoal e social do homem, acaba redefinindo a realização material. Segundo o conceito de alienação em Marx, o trabalhador, como “peça de máquina”, não se apropria do resultado do trabalho como seu e, portanto, este não faz parte de sua realização pessoal, porém surge um momento em que esse mesmo trabalhador busca “a negação desta negação” (RAMOS, 2007).

O trabalhador atual está em busca de um trabalho pelo qual possa, além de receber um salário que satisfaça as suas necessidades, também desempenhar suas funções com segurança e com possibilidade de crescimento pessoal e profissional. O emprego, então, passa a ter novo significado na vida das pessoas e surge daí a preocupação das organizações com a qualidade de vida do trabalhador. Verifica-se que uma nova ferramenta está sendo utilizada, a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), definida como: “o conjunto das ações de uma empresa que envolve a implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais no ambiente de trabalho” (LIMONGE-FRANÇA, 1996, p. 143).

Esse mesmo autor divide a gestão da QVT em dois eixos principais: o **individual**, que se constitui na compreensão do estresse e das doenças relacionadas ao ambiente organizacional, e o **organizacional**, voltado para o sentido da qualidade total e pelo qual a gestão, para atingir eficácia, abrange os aspectos comportamentais e de satisfação de expectativas individuais, além de comprometer as pessoas com o negócio da organização, para enfrentar o ambiente competitivo.

A busca por mecanismos de mudanças que proporcionem posicionamento das organizações no mercado competitivo, aliada ao bem-estar organizacional, faz que a QVT conquiste espaço dentro das organizações, de forma a transcender tímidos programas internos de saúde e lazer em favor de ações mais amplas de relações de trabalho, com vistas à saúde das pessoas e da organização.

De acordo com a literatura, existe uma contribuição multidisciplinar na construção do conceito de QVT e na formação de novos paradigmas relacionados ao modo de vida dos trabalhadores, seja dentro, seja fora das organizações. Essa contribuição se dá pelos seguintes segmentos: **ecologia** – lembrando que o homem é ator do desenvolvimento sustentável e, como integrante do ecossistema, é responsável por sua conservação; **ergonomia**



– apresenta estudos sobre as condições de trabalho, visando ao conforto e desempenho das condições materiais do trabalho; **psicologia** – estuda o envolvimento interno e pessoal do trabalhador com o trabalho; **sociologia** – visa ao estudo do que é construído e compartilhado socialmente dentro da organização e o que isso representa para o indivíduo; **economia** – conscientização de que os bens são finitos e que deve haver respeito à equidade entre responsabilidade e direitos da sociedade na sua distribuição; **administração** – orienta a mobilização de recursos em ambientes complexos, mutáveis e competitivos, a fim de atingir resultados; **engenharia** – elabora os processos de produção; e **saúde** – Visa preservar a integridade física, psicológica e social do ser humano em vez de apenas atuar sobre o controle de doenças e propiciar maior expectativa de vida e reintegração profissional da pessoa que adoece (LIMONGE-FRANÇA; ARELLANO, 2002, p. 296).

Comparando-se a nova abordagem dada à relação trabalho-saúde/doença com o enfoque em que a Administração, como ciência, utiliza-se da QVT como recurso estratégico para tornar as organizações mais competitivas a partir do bem estar de seu capital intelectual, encontra-se o tema saúde do trabalhador em sentido coletivo como política pública dentro do âmbito do SUS, conforme proposto pela Constituição de 1988.

#### 1.4.2 A institucionalização da saúde do trabalhador brasileiro

Embora a relação trabalho-saúde/doença aconteça desde os primeiros tipos de organizações de trabalho, esse tema nem sempre esteve na agenda das discussões institucionais, apesar de o homem, como principal agente de transformação da natureza pelo trabalho, expor-se aos riscos inerentes a cada fase do desenvolvimento, podendo comprometer a sua integridade física e a sua saúde. Como o trabalho é uma atividade inerente ao ser humano, presente desde o início de sua existência, ele exerce uma influência sobre a situação de saúde das pessoas. Então, buscaram-se contribuições importantes de estudiosos que venham auxiliar esse entendimento.

As primeiras manifestações sobre a possível relação entre o trabalho e a origem de algumas doenças estão registradas em um papiro egípcio, de 2.360 a. C., que diz:

Eu jamais vi ferreiros em embaixadas e fundidores em missões. O que vejo sempre é o operário em seu trabalho; ele se consome nas goelas de seus fornos. O pedreiro, exposto a todos os ventos, enquanto a doença o espreita, constrói sem agasalho; seus dois braços se gastam no trabalho; seus alimentos vivem misturados com os detritos; ele se come a si mesmo, porque só tem como pão os seus dedos. O barbeiro cansa os seus braços para encher o ventre. O tecelão vive encolhido – joelho ao estômago – ele não respira. As lavadeiras sobre as bordas dos rios são vizinhas do crocodilo. O tintureiro fede a morrinha de peixe, seus olhos são abatidos de fadiga, suas mãos não param e suas vestes vivem em desalinho (ALBERTON, 1996, apud SOTO, 1978, p. 1).

Os relatos de Hipócrates, em 460 a. C., também já destacavam a importância do ambiente na vida das pessoas. Mas foi em 1556 que George Bauer iniciou os estudos sobre a interferência do trabalho na situação de saúde das pessoas. Também conhecido como Georgius Agrícola, Bauer publicou o livro *De re metallica*, em que estudou os acidentes e as doenças dos mineiros no trabalho de extração e fundição do ouro e da prata. Com base nesse estudo é que foi escrita, em 1567, a primeira monografia sobre o assunto, com o título *Dos ofícios e doenças da montanha*, de Aureolus Theophrastus Von Hohenheim, o Paracelso, descrevendo doenças de mineiros da região da Boêmia (FRIAS JÚNIOR, 1999).

Outra importante contribuição foi a obra do médico italiano Bernardino Ramazzini, *Doenças dos artífices*<sup>3</sup>, publicada em 1700, em que descreveu as doenças relativas a mais de 50 profissões, entre elas, a de mineiros, químicos e farmacêuticos. Baseado na sua experiência como médico de operários, ela relacionava o estado de adoecimento de uma população às suas condições de vida, que, por sua vez, segundo ele, dependiam da condição social. A partir de sua teoria, introduziu na anamnese médica a seguinte pergunta: “Qual é sua ocupação?”. Além de ser o precursor da teoria da Medicina Social, com essa obra Ramazzini recebeu o título de “pai da medicina do trabalho” (FRIAS JÚNIOR, 1999; ROCHA, 2009; SOUZA, 1998).

O tratado sobre doenças ocupacionais, escrito pelo médico Turner Thackrah, em 1831, estabelecia a importância da relação do ambiente social e econômico com a saúde dos operários das fábricas, assim como o trabalho do médico Louis René Villermé, que, em 1840, já manifestava a preocupação sobre a saúde dos trabalhadores têxteis (SOUZA, 1998).

No Brasil não foi diferente. Com base nessas contribuições, aconteceram importantes participações brasileiras, que também se desenvolveram de acordo com o contexto econômico e social de cada época, com o meio de produção e com a forma de divisão do trabalho prevalente em cada período histórico. Mas, apesar do interesse dos estudiosos sobre o assunto, o descaso com a saúde do trabalhador brasileiro foi fortemente influenciado pelas formas de relação de trabalho estabelecidas nas etapas de estruturação social e econômica do País, vividas desde o descobrimento. Dentre outras formas de relação de dominação da mão de obra, destacavam-se a exploração do indígena, a escravidão do índio e do negro, a servidão no sistema feudal dos senhores de engenho, nas quais o trabalhador e as consequências do modo de produção na sua vida não tinham valor.

---

<sup>3</sup> De Morbis artificum diatriba.

Diante das variações econômicas, sociais, culturais, entre outras, antes de o tema “saúde do trabalhador” ser tratado como tal, essa denominação passou pelas concepções de medicina do trabalho e saúde ocupacional.

Em meados do século XIX, surgiu na Inglaterra a primeira iniciativa no sentido do cuidado com a saúde do trabalhador: a Medicina do Trabalho, como especialidade médica. Trata-se de uma iniciativa de interesse do modo de produção industrial, visando ao sucesso das indústrias que se viam ameaçadas pelo ritmo acelerado e desumano do trabalho imposto pela revolução industrial. Começou com a iniciativa de Robert Dernham, proprietário de uma indústria têxtil da Inglaterra, que resolveu colocar um médico à disposição dos seus operários, para solucionar os problemas de saúde relacionados ao trabalho, na tentativa de reduzir as possibilidades de se associar a morbimortalidade ao trabalho.

Essa medida foi, aos poucos, sendo adotada por outros empresários e assim, em 1890, surge a Medicina do Trabalho. Tinha características basicamente voltadas para o interesse da produção e do capital e a assistência era exercida por um profissional médico de inteira confiança da empresa, o qual deveria cuidar também das ações de prevenção, além de caber-lhe toda a responsabilidade sobre os problemas de saúde que viessem a ocorrer na fábrica (MENDES; DIAS, 1991).

Em 1919 é criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT), que passou a incluir, na sua agenda, os serviços médicos de empresas, denominados de Serviços Médicos do Trabalho. Em 1953 e 1954, a OIT passou a orientar os países membros a incluir, nas suas ações de proteção do trabalhador, a formação de médicos do trabalho qualificados. Posteriormente, em 1958, mudou a denominação para Serviços de Medicina do Trabalho. Esse modelo de assistência ao trabalhador estendeu-se por outros países, criando uma forma de domínio sobre a mão de obra, uma vez que os empregados e, em alguns casos suas famílias, se viam dependentes das empresas, visto que a saúde pública, quando existia, era muito precária (MENDES; DIAS, 1991).

É dentro desse contexto que, a partir da década de 1920, algumas empresas brasileiras passaram a oferecer assistência aos seus empregados urbanos e industriais e é promulgada a Lei Eloy Chaves, em 1923. Essa lei criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões, conforme mencionado anteriormente, com ações de assistência médica, aposentadorias e pensões destinadas aos empregados e seus dependentes, que, posteriormente, se transformaram nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Eram ações com forte orientação médico-curativa, que continham a visão mecanicista do processo saúde-doença,

cujo foco se encontrava na doença e no indivíduo, e as causas ficavam reduzidas a fatores biológicos.

Em 1959, a Conferência Internacional do Trabalho aprovou um documento chamado *Recomendação 112*, que, baseado na experiência dos países industrializados, definia os Serviços de Medicina do Trabalho como “serviço organizado nos locais de trabalho ou em suas imediações [...]” (MENDES; DIAS, 1991, p. 342). Esse documento estabelecia como objetivos desse serviço: proteger o trabalhador dos riscos causados à sua saúde, pelo trabalho ou pelas condições do trabalho; promover a adaptação física e mental do trabalhador ao trabalho e aos locais correspondentes às suas aptidões; e promover o bem-estar físico e mental dos empregados.

Esses objetivos viriam, como aliados do pensamento mecanicista, reforçar os princípios de produtividade proclamados pela “Administração Científica”. Dessa forma, de acordo com Mendes e Dias (1991), por meio da seleção de pessoal, assegurava-se o controle da mão de obra, no sentido de evitar interrupções na produção e despesas com obrigações sociais. Outra forma de controle exercida era o acompanhamento de perto dos casos de doenças, faltas e licenças, possibilitando o retorno mais rápido do trabalhador a suas atividades do que seria pelos morosos serviços externos.

Contudo, houve o enfraquecimento da chamada Medicina do Trabalho, motivado pela situação política e econômica causada pela II Guerra Mundial. Os operários foram submetidos a uma intensa carga de trabalho, o que elevou a um número muito alto os óbitos e a incapacitações por acidentes de trabalho, provocando o pagamento de altas indenizações tanto por parte dos empregadores como das seguradoras. Tudo isso somado ao incremento tecnológico, a novos processos industriais e a nova divisão do trabalho. Ao se deparar com esse desafio de atuar sobre os problemas de saúde causados pelo novo modelo de produção, surge a ideia de intervir no ambiente de trabalho, por meio da conjugação de esforços com outras disciplinas e profissões, a fim de controlar os riscos.

Assim surge a “Saúde Ocupacional”, com características multi e interdisciplinares, por meio de equipes multiprofissionais e ênfase na higiene industrial, com destaque para as áreas de medicina e de engenharia de segurança e dentro do campo da saúde coletiva. A instituição dessa medida só mais tarde aconteceu no Brasil, por interesse do governo militar em minimizar os efeitos da repercussão das manchetes que colocavam o País como “campeão mundial de acidentes de trabalho” e dos prejuízos aos cofres públicos, causados pelos altos índices de acidente ocorridos nos canteiros de obras no período chamado “Milagre Brasileiro”. Por determinação do governo, as empresas eram obrigadas a contratar,

de acordo com o grau de risco e com o número de funcionários, profissionais especializados para compor os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.

A intervenção do Estado brasileiro foi bem ampla nesse período: a Academia de Medicina incluiu a Área de Saúde Ambiental em seus currículos, que, por sua vez, abrangia a Saúde Ocupacional. O Ministério do Trabalho criou a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Medicina e Segurança do Trabalho (Fundacentro), com a finalidade de formar técnicos. Os convênios firmados com as universidades ampliaram o número de cursos de pós-graduação em Medicina do Trabalho e Engenharia de Segurança no País, e a criação das Normas Regulamentadoras implementou a avaliação quantitativa de riscos ambientais e limites de tolerância nos ambientes de trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Depois de esse modelo permanecer por vários anos no Brasil, alguns fatores contribuíram para a sua decadência. No cenário interno, destacaram-se a permanência do mecanicismo; a justaposição de disciplinas, ao invés da multi e interdisciplinaridade; a falta de capacitação dos recursos humanos; o favorecimento do capital em detrimento do trabalhador. Como interferência do cenário externo, na segunda metade da década de 1960, surge uma reviravolta social nos países industrializados. Vários valores são questionados, entre eles o sentido da vida e o significado do trabalho, provocando a inclusão dos trabalhadores nas discussões sobre saúde e segurança, o que resultou em mudanças na legislação trabalhista, especialmente no que se referia à saúde e à segurança do trabalhador.

Dessa movimentação, surge na Itália um documento importante para o mundo do trabalho: a Lei nº 300, de 20.5.1970, conhecida como “Estatuto dos Trabalhadores”. Ela veio incorporar princípios estabelecidos em movimentos de trabalhadores, resultando em conquistas de direitos em outros países. Entre essas conquistas, encontra-se o direito à informação sobre riscos e medidas referentes à saúde do trabalhador; o direito à recusa ao trabalho que possa trazer risco grave à saúde ou risco de morte; o direito à consulta prévia aos trabalhadores, por parte dos empregadores, sobre alterações nos processos de trabalho; e direito à participação nas decisões sobre a escolha de novas tecnologias (Idem, 1991).

Nesse sentido, aconteceram no Brasil eventos de grande importância na trajetória da institucionalização da saúde do trabalhador, como a Reforma Sanitária, já mencionada anteriormente, e o Movimento Sindical, impulsionado pelas greves do setor automobilístico realizadas em 1978, que trouxeram a saúde do trabalhador para as suas discussões.

Essas transformações sociais, associadas às transformações do modelo de produção brasileiro, ocorridas nos anos de 1970 – a transnacionalização da economia; o

crescimento do setor de serviços; a implantação de tecnologias de automação e informação; o fortalecimento da teoria da determinação social do processo saúde-doença, tendo como centro o trabalho e as frequentes críticas aos programas públicos de assistência aos trabalhadores –, enfraqueceram as teorias da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional e serviram de base para o surgimento de uma nova prática – a saúde do trabalhador – na perspectiva da saúde como direito de cidadania. “O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o *processo saúde e doença* dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho” (Idem, 1991, p. 347).

Por essa nova abordagem, o que se propõe é uma tentativa de compreensão da relação trabalho-saúde/doença, levando-se em conta o conhecimento do trabalhador sobre seu próprio ambiente de trabalho, bem como os conhecimentos de outras disciplinas sobre os riscos inerentes a cada um, a fim de criar medidas de intervenção, tendo como foco a dimensão humana do trabalho.

A saúde do trabalhador abandona a ideia de vincular a doença a um agente específico, ou simplesmente à ausência de doenças ocupacionais, ou a acidentes de trabalho relacionados a apenas um ambiente físico que provoque acidentes ou doenças. Ela passa a ver a saúde/doença do trabalhador como reflexo das transformações dos processos de trabalho, bem como das relações sociais, políticas, econômicas e ambientais. Não há separação entre as relações de trabalho e as outras. O trabalhador está inserido num contexto relacional, no qual ele realiza e sofre transformações.

Gomez (2011) coloca o novo campo da saúde do trabalhador em sintonia com os princípios da “perspectiva ecossistêmica”, quais sejam: compreender os problemas a partir do todo, mas agir pontualmente; envolver os atores sociais na resolução dos problemas, incentivando a participação pelo empoderamento dos sujeitos; usar a ciência e a tecnologia como estratégia de mudanças; e adotar a intra e a interdisciplinaridade, visando à qualidade de vida e ao ambiente.

A nova concepção da saúde do trabalhador vai buscar a compreensão da relação entre trabalho e saúde, partindo de um núcleo que é o processo de trabalho, por considerar seu alto poder de explicar a origem dos agravos à saúde do trabalhador. Mas, juntamente com esse núcleo, leva em conta o saber do trabalhador, adquirido pela sua vivência, e a discussão ambiental, que também faz parte do conceito atual de saúde.

Em se tratando da dimensão intervenção e práticas na esfera da saúde pública, a saúde do trabalhador brasileiro prevê sua inclusão em política nacional, ou seja, na esfera da saúde pública e dentro dos princípios do SUS, quais sejam: universalidade de acesso,

equidade e integralidade da atenção à saúde, na perspectiva de saúde que engloba a maioria dos direitos sociais. Assim, além da promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde, previstas nas ações institucionalizadas, ela agrega as condições de vida e de trabalho, ambientais e emocionais, como seus determinantes.

Portanto, o desenvolvimento desse tema como política pública brasileira nasce de um esforço conjunto entre os trabalhadores e técnicos de saúde, ligados às universidades e ao Ministério da Saúde, impulsionados pelos pensamentos do “Novo Sindicalismo”, pela Reforma Sanitária Brasileira, e esta, por sua vez, pela Reforma Sanitária Italiana. De forma que, nos anos 1980, as discussões foram intensificadas, surgindo, então, as bases desse novo modo de ver a relação de adoecimento e saúde do trabalhador brasileiro, que vem questionar as teorias até então preconizadas pela Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, tendo seu forte pilar nas conferências de saúde, como momentos privilegiados para discussão e implementação de estratégias para o desenvolvimento dessa política.

Como já foi dito anteriormente, a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (CNST) foi um evento de grande importância para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde destinadas a essa categoria. Foi realizada em dezembro de 1986 e, a partir dela, aconteceram mais duas: a 2ª em 1994 e a 3ª em 2005.

A 1ª CNST foi impulsionada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, que entendeu que o debate “saúde como direito do cidadão e dever do Estado” implicava discussões sobre temas específicos, como saúde e trabalho, considerando que se tratava de um Sistema Nacional de Saúde para responder aos anseios de toda a população. Norteou-se por três temas centrais: diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores; novas alternativas de atenção à saúde e segurança dos trabalhadores; e uma política nacional de saúde e segurança dos trabalhadores.

Naquele momento, o entendimento era de que incluir a saúde do trabalhador em uma política nacional era medida que viria complementar a dimensão da saúde pública, visto que os fatores de seu adoecimento não se restringem ao bem-estar laboral, mas envolvem aspectos sociais, políticos e econômicos. Silva (2011) reforça essa ideia quando coloca que a garantia do direito à saúde e à segurança dessas pessoas constitui direito à cidadania, ao próprio trabalho, à informação, à participação e ao lazer.

Depois de intensos debates, a Constituição Federal de 1988 concebeu a saúde do trabalhador como parte do direito universal à saúde a ser realizada pelo SUS, que, por sua vez, é consolidada pela Lei nº 8.080, de 19.9.1990 – Lei Orgânica de Saúde –, que, em seu art. 6º, parágrafo terceiro, diz:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1990).

Em atendimento às ações estabelecidas por esse documento, foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, responsável pela “elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador” (CNS/CIST, 2012, p.1).

A partir disso, novo entendimento e novas práticas foram impostas: a institucionalização das ações de saúde do trabalhador nas esferas federal, estadual e municipal; a universalidade de acesso a todo trabalhador – urbano, rural, público, privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado; a integralidade do cuidado por meio de práticas articuladas e associadas a ações de promoção, vigilância e assistência qualificada (DIAS *et al.*, 2011).

Existem também orientações definidas para o entendimento de que, para processos produtivos iguais, os determinantes de saúde do trabalhador e da saúde ambiental são os mesmos e, para a atenção integral à saúde dos trabalhadores, deverá existir a transversalidade das ações, isto é, intrasetorialidade no âmbito do SUS e intersetorialidade entre os órgãos públicos envolvidos com a política, em parceria com os trabalhadores (Idem., 2011).

Diante da institucionalização desse direito, um número expressivo de representantes institucionais e sindicais reuniu-se na 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em março de 1994, para discutir o tema: “Construindo uma política de saúde do trabalhador”. Esse momento foi propício para reivindicar ações concretas para a saúde do trabalhador no âmbito do SUS. Em vista disso, em 30.10.1998, o governo publicou a Portaria nº 3.908, contendo a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador, que orientou as ações e os serviços do SUS. Esse documento veio ratificar a determinação de que as ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do SUS devem ser planejadas e executadas de maneira articulada entre ações individuais e coletivas e de acordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

A 3ª CNST, realizada em novembro de 2005, veio reforçar a reivindicação da saúde do trabalhador como política de Estado e, sob o tema: “Trabalhar sim, adoecer não”, agregou a questão do desenvolvimento sustentável.

Como se pode notar, as conferências foram decisivas para a implantação de medidas institucionais sobre a saúde do trabalhador. A partir delas foi criada a Política



Nacional de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde. Além da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (Renast), composta pelos Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), foi criada também a Política Nacional sobre Saúde e Segurança do Trabalho (PNSST), com caráter interinstitucional, cujas ações são integradas entre os Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social. Foi instituída, ainda, a Rede Sentinela, composta por unidades de saúde chamadas de unidades sentinela, “que identificam, investigam e notificam, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho” (BRASIL, 2012c, p. 1).

Pela Portaria nº 1.125, de 6 de julho de 2005, foram estabelecidas as seguintes diretrizes para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador:

[...] a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações (BRASIL, 2005, p. 1).

Essas medidas provocaram a realização do I Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador, no ano de 2007, por iniciativa da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a fim de discutir o processo de implantação da política de saúde do trabalhador (DIAS et al., 2011). O Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, criou a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) em sintonia com duas importantes determinações: 1) a Convenção nº 155, da OIT, que dispõe sobre a Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho e estabelece, como dever de seus Estados membros, elaborar uma política nacional nesse sentido; 2) o Plano de Ação Mundial sobre Saúde dos Trabalhadores, da OMS, que reforça a necessidade de uma política de saúde do trabalhador, sob coordenação intersetorial das atividades (BRASIL, 2012c).

Como forma de reivindicação da efetiva implantação dessa política, em reunião do Fórum Estadual de Proteção ao Meio Ambiente do Trabalhador (Fepmat), realizada em 12.7.12, em Natal-RN, foi aprovada uma moção de mobilização em defesa da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, a ser realizada em 2013. Ficou decidido que essa moção seria encaminhada ao Ministério da Saúde, ao Conselho Nacional de Saúde e à Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador, com o argumento de que “a saúde do trabalhador é um direito fundamental estabelecido na Constituição Federal, que garante a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança” (MPU, 2012).

Entre as ações desenvolvidas, foi elaborado o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (Plansat) por uma comissão tripartite e paritária, instituída em 2008 e formada pelo governo e pelas principais representações dos empregadores e dos

trabalhadores. Esse plano prevê a execução de tarefas de curto, médio e longo prazo, além de outras de caráter permanente, por órgãos governamentais, a fim de atender oito objetivos principais (BRASIL, 2012c, p. 1), a saber:

- incluir todos os trabalhadores no sistema nacional de promoção e proteção da Segurança e Saúde no Trabalho (SST);
- harmonizar a legislação trabalhista, sanitária, previdenciária e outras, que se relacionem com o SST;
- integrar as ações;
- adotar medidas especiais para atividades laborais submetidas a alto risco de doenças e de acidentes de trabalho;
- estruturar uma rede integrada de informações em SST;
- implementar sistemas de gestão de SST nos setores públicos e privado;
- capacitar e educar continuamente em SST; e
- criar uma agenda integrada de estudos e pesquisas em SST.

Em vista dos movimentos mencionados e analisando as iniciativas institucionais ocorridas, o que se sabe é que, apesar do campo da saúde do trabalhador ter sido concebido sob a ideologia e como atribuição do Estado brasileiro, não há efetividade e consistência nas questões tanto de intersetorialidade, quanto de vigilância sanitária dos processos de trabalho e da informação e de desejo político de fazê-lo figurar como prioridade nas agendas dos governos. Dentre os motivos desse comportamento, Vasconcelos e Machado (2011) destacam a resistência por parte do sistema de saúde brasileiro em considerar o trabalho como determinante social de saúde da população.

É sabido que, ao se tratar da efetivação de política pública e social no Brasil, essas dificuldades têm origem histórica. Mas, particularmente no sentido do campo da saúde do trabalhador, Gomez e Lacaz (2005) ressaltam ainda a necessidade de atualização de sua concepção original, em razão da reestruturação do mundo do trabalho, que apresenta novas relações e, conseqüentemente, novos impactos à saúde dos trabalhadores. Nesse contexto, encontram-se, por exemplo, as condições precárias dos que estão na informalidade.

Ainda, como item de atualização e adaptação dos conceitos ao novo formato de vida e de trabalho, há que se acrescentar a relação com o meio ambiente, dentro ou fora dos locais de trabalho, e as causas externas como fator de morbimortalidade, como violências e acidentes sofridos no percurso para o trabalho.

A opinião de vários autores é de que alguns desafios devem ser enfrentados: a permanência de visões técnicas e medicocêntricas; a resistência à ideia do trabalhador como

sujeito da construção do seu campo saúde, tanto no aspecto político da construção, como no do desenvolvimento científico do campo; a desarticulação de normas e ações pluri-institucionais, que levam o assunto a ser tratado como política não de estrutura nacional, mas fragmentada em “ilhas autônomas”; e a ampliação do âmbito de abrangência de trabalhadores pela política, considerando a mudança e a complexidade do perfil de morbimortalidade dos trabalhadores brasileiros.

Portanto, segundo Vasconcelos e Machado (2011, p. 39), “recuperar conceitos é o ponto de partida para a política”, isto é, recuperar conceitos revendo paradigmas conforme uma proposta que considere não somente o mundo do trabalho, mas os modelos de produção e de desenvolvimento em que a força produtiva esteja inserida. Por essa perspectiva, entende-se que é necessário conhecer as condições e consequências das relações estabelecidas no atual mundo do trabalho.

#### 1.4.3 Quadro de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil

Quando Almeida (2011, p. 208) pergunta “De que adoecem e morrem os trabalhadores brasileiros?”, a resposta é dada por meio de dados parciais e fragmentados. E a explicação que se tem é de que tal situação acontece devido ao sub-registro e à dificuldade em se caracterizar e registrar os acidentes de trabalho, incluindo nestes as doenças e óbitos causados por acidentes do trabalho.

Na tentativa de minimizar esse problema, a partir de 2007 o INSS instituiu um novo método de concessão de benefícios acidentários, que refletiu nas estatísticas sobre acidentes de trabalho no Brasil. A construção dessa nova sistemática levou à formação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), cujo processo se iniciou a partir da identificação da associação entre agravo e atividade laboral. A partir daí, foi construída uma matriz de pares de associação de códigos da Classificação Nacional de Atividade Econômica (Cnae), com dados do código da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (BRASIL, 2010a).

Assim, a caracterização da incapacidade laboral pela perícia médica como acidentária ou previdenciária toma como referência as etapas sequenciais e hierarquizadas de NTEP: identificação de ocorrência de Nexo Técnico Profissional ou do Trabalho (NTP/T), de Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) e, por último, de Nexo Técnico por Doença Equiparada a Acidente do Trabalho (NTEDAT). Identificado um ou mais destes nexos, fica caracterizada a incapacidade como acidentária, independente da apresentação da

Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), que, embora se constitua em obrigação legal por parte do empregador, não se vincula à concessão do benefício. Esta desvinculação possibilitou que a Previdência Social reconhecesse e contabilizasse os eventos não comunicados, diminuindo assim, o percentual de subnotificação.

Apesar destas inovações, ainda existe a sub-notificação de vários casos, entre eles estão aqueles relativos a afastamentos inferiores a 16 dias consecutivos, que não geram benefícios e, portanto, não se aplica o NTEP (ALMEIDA e BRANCO, 2011).

Para melhor entender as estatísticas sobre acidentes de trabalho, serão adotados os significados abaixo, de alguns conceitos disponíveis sobre esses acidentes.

A) Define-se como acidente do trabalho aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, permanente ou temporária, que cause a morte, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho. Consideram-se acidente do trabalho a doença profissional e a doença do trabalho. Equiparam-se também ao acidente do trabalho: o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a ocorrência da lesão; certos acidentes sofridos pelo segurado no local e no horário de trabalho; a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade e o acidente sofrido a serviço da empresa ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa.

B) Acidentes com CAT registrada: “corresponde ao número de acidentes cuja comunicação de acidente de trabalho (CAT) foi comunicada ao INSS”.

C) Acidentes típicos: “são os acidentes decorrentes da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado”.

D) Acidentes de trajeto: “são os acidentes ocorridos no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa” (BRASIL, 2010a, p. 1).

De acordo com informações do Ministério da Previdência Social (MPS), no ano de 2010 aconteceram 701,5 mil acidentes de trabalho, o que demonstrou uma queda de 4,3% em relação a 2009. Os acidentes sem CAT registrada somaram um total de 176,2 mil. Com referência aos acidentes registrados com CAT – 525,2 mil – a queda foi de 1,7% de 2009 para 2010, e eles estão distribuídos conforme a Tabela 1, que apresenta os percentuais de acidentes típicos, de trajeto e doenças de trabalhos notificados à Previdência Social no ano de 2010, mediante CAT, por sexo, faixa etária, setor de trabalho e parte do corpo mais atingida, cujos resultados demonstram uma prevalência dos acidentes típicos (79%) entre os trabalhadores do sexo masculino (76,5 %) com idade entre 20 e 29 anos, que trabalham no comércio e

reparação de veículos automotores e que têm o dedo, a mão e o pé como as partes do corpo mais atingidas.

Recorrendo à pesquisa de Almeida e Branco (2011) para entender a predominância dos casos de lesões em trabalhadores do sexo masculino, pode ser considerada como explicação para esse fato, que, normalmente os homens se envolvem mais do que as mulheres em atividades de maior risco de acidentes. Mas, o mesmo autor faz a seguinte ressalva: quando ambos estão expostos aos mesmos riscos esta situação não se mantém, devido à influência das diferenças “antropométricas” entre homens e mulheres. Em outras palavras, há uma prevalência superior de mulheres devido ao design das ferramentas e equipamentos, assim como dos postos de trabalho, desenvolvidos, na sua maioria, com base nas dimensões corporais e nos tipos físicos dos homens.

O que se pode aferir disto é que, embora as mulheres estejam ganhando espaço em atividades antes executadas quase que somente por homens, mesmo sob condições de salários mais baixos, as suas necessidades não estão sendo observadas pelas áreas de saúde e segurança no trabalho, no que tange a medidas preventivas que atendam às diferenças de gênero. Ou seja, é necessário levar em conta que as mulheres têm necessidades diferentes das dos homens nos ambientes ocupacionais, tais como: exposição a riscos, condições de trabalho, uso e especificação de EPIs e operação de máquinas e equipamentos.

Analisando a Tabela 1, sob o aspecto da faixa etária predominante, vê-se que o trabalhador que mais se acidentou foi o jovem entre 20 e 29 anos. Motta et al, (2008) observa sobre isso, que o crescimento dos setores de comércio e serviço nas últimas décadas elevou o número de trabalhadores nessas áreas, devido, entre outros aspectos, à facilidade de inserção em funções não especializadas e de baixa remuneração, que, em sua maioria, não exigem qualificação, o que possibilita o ingresso de jovens inexperientes que se encontram em busca de trabalho.

O impacto do crescimento dos setores de comércio e serviços pode ser notado ainda, quando o MPS faz a relação dos dados com o a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), e conclui que, no ano de 2010, as profissões que apresentaram maior índice de acidentes de trabalho foram: a dos trabalhadores do subgrupo de serviço, com 18,3% dos acidentes de trajeto e a dos transversais com 14,2% dos acidentes típicos e 13,3% das doenças do trabalho, sendo que, no subgrupo chamado transversais estão os operadores de robôs, de veículos operados e controlados remotamente, os condutores de equipamentos de elevação e movimentação de cargas e os trabalhadores da indústria extrativa e da construção civil.

O MPS faz outra relação importante entre a ocorrência de acidentes de trabalho e a economia do País no ano de 2010 e o setor de serviços permanece na liderança, com 47,3% da incidência dos acidentes, seguido da indústria com 43,9% e da agropecuária, com 3,9% (BRASIL, 2011a). Vários estudos entendem que a agropecuária é um setor em que existe um grande número de sub-registro de acidentes, por motivos entre outros de informalidade das relações de trabalho.

Quanto ao setor de saúde e serviços sociais se apresentar em segundo lugar na participação dos acidentes típicos, conforme pesquisas realizadas sobre o assunto, vários motivos contribuem (REINHARDT e FISCHER, 2009; SOUZA *et al*, 2012). Primeiramente, a preocupação tardia em estudar a relação trabalho - saúde/doença dessa categoria: somente nos anos 1980 e 1990, com o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), a descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e os relatos de casos de contaminação no ambiente de trabalho, é que aconteceram as pesquisas quanto à segurança dos profissionais de saúde e a introdução de medidas de precaução. Além disso, existem os riscos físicos, químicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, envolvendo: equipamentos de proteção que interferem nos procedimentos realizados; capacitação inadequada; erros causados pela execução de tarefas repetitivas que requerem muita concentração; resistência à mudança de conhecimentos e comportamentos; falta de atenção; descuido ou uso incorreto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI); estresse e desgaste causado pela carga excessiva de trabalho; exposição frequente a materiais biológicos; contato direto com pacientes; realização de procedimentos invasivos e uso de instrumentos de trabalho perfurocortantes; entre outros.

Com relação aos acidentes de trajeto, estudos estimam que um terço dos acidentes de trânsito estão relacionados a essa categoria. E que, quando se toma os acontecidos durante a semana, na maioria dos casos as pessoas estão trabalhando ou se deslocando do trabalho ou para o trabalho. As principais causas desse tipo de acidente podem ser analisadas por três aspectos: a) comportamento humano incorreto - considerada a causa fundamental, geralmente, é motivada pelas dificuldades físicas para andar, como problemas de visão, causados, muitas vezes, por influências tóxicas por álcool e outras drogas, inclusive medicamentos; além de fadiga, falta de atenção, negligência e imprudência cometidos pelos trabalhadores que, para chegar mais cedo em casa ou no trabalho, desrespeitam normas de segurança, como por exemplo, embarcar em veículos em movimento; b) fatores ou causas técnicas nos veículos e no caminho como falta de manutenção do veículo, principalmente dos pneus e imperfeições nas ruas, estradas e calçadas; c) causas jurídicas - descumprimento do código de trânsito. Não

usar cinto de segurança, desobedecer à sinalização e os limites de velocidade e falar ao celular, são exemplos (NRFÁCIL, 2013).

Além disso, é grande o uso de motocicletas e bicicletas para entregas ou mesmo deslocamento da residência para o trabalho ou vice-versa, como alternativa ao desemprego e à falta de transporte coletivo e por possibilitar o acesso rápido. São veículos leves, mais vulneráveis a acidentes de trânsito, sem contar que os condutores, muitas vezes, não usam os equipamentos de segurança necessários para a condução destes veículos (SESMTOO, 2008).

Retomando a comparação com 2009, do total de acidentes registrados com CAT, houve queda no percentual de acidentes típicos e no de doenças do trabalho, de 79,7% para 79% e de 3,3% para 3,0%, respectivamente. Enquanto que com os acidentes de trajeto, os dados se comportaram de maneira diferente, passando de 16,9 em 2009, para 18% em 2010, o que vem confirmar as ponderações anteriores sobre esse tipo de acidente, além de despertar para o número de veículos existente atualmente, em virtude do aumento do poder de compra, diminuição da pobreza e facilidades de aquisição de veículos automotores. Quanto ao gênero, persistiu a prevalência do sexo masculino nos três tipos de acidentes, com alteração no sub-setor, que em 2009, esteve em primeiro lugar o dos trabalhadores em atividades financeiras, com 11,6%, seguidos dos do comércio e reparação de veículos automotores com 11%. Ainda comparando com 2009, não houve alteração nas partes do corpo mais incidentes, permanecendo o ombro e o dorso, com 19,3%, 13,1% respectivamente (AEPS, 2009).

Tabela 1: Acidentes com CAT registrada por tipo, sexo, faixa etária, setor de trabalho e parte do corpo mais atingida, em 2010

	Tipos	Sexo		Faixa etária (decenal com maior incidência)	Sub-setor de trabalho com maior participação nos acidentes		Parte do corpo mais atingida		
		Masculino	Feminino						
<b>Total de acidentes de trabalho com CAT, em 2010: 525,2 mil</b>	<b>Acidentes típicos 79,0 %</b>	Masculino	Feminino	20 a 29 anos	Comércio e reparação de veículos automotores	Saúde e serviços sociais	Dedo	Mão (exceto punho ou dedos)	Pé (exceto artelhos)
		76,5%	23,5%	37,6%	12,2%	10,3%	30,4%	8,7%	7,4%
	<b>Acidentes de trajeto 18,0 %</b>	Masculino	Feminino	20 a 29 anos	Comércio e reparação de veículos automotores	Serviços prestados a empresas	Partes múl- tiplas	Joelho	Pé (exceto artelhos)
		65,0%	35,0%	40,7%	18,8%	13,9%	11,0%	8,7%	8,6%
	<b>Doenças de trabalho 3,0 %</b>	Masculino	Feminino	30 a 39 anos	Comércio e reparação de veículos automotores	Produtos alimentícios e bebidas	Ombro	Dorso (inclusive músculos dorsais, coluna e medula espinhal)	Ouvido (externo, médio, interno, audição e equilíbrio)
		57,8%	42,2%	32,3%	12,5%	11%	19,0%	12,5%	10,2%

Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social



Além dessas informações, há que se destacar também o número de óbitos por acidentes de trabalho por grandes regiões do País. Em 2010, aconteceram 2.753 óbitos por acidente de trabalho no Brasil. Desses, 177 aconteceram na Região Norte; 452 na Nordeste; 1.306, na Sudeste; 505 na Sul e 313 na região Centro-Oeste. Comparando com os dados de 2012, percebe-se que, embora haja uma queda desse evento no total ocorrido no Brasil, de 2.753 para 2.731, ainda é grande esse número, visto que a diminuição é pequena em dois anos. Quanto à distribuição por grandes regiões, o comportamento em 2012 foi o seguinte: na região Centro-Oeste manteve-se inalterado (313), na Nordeste e Sudeste, houve queda (384 e 1.299, respectivamente) e na Norte e Sul, aumentou (200 e 535, respectivamente) (BRASIL, 2013a).

É necessário lembrar que, o MPS esclarece que esse levantamento é feito mediante comunicação do falecimento ocorrido em função de acidente durante o exercício laboral ou através de habilitação de pensão pelos dependentes do trabalhador cuja morte foi provocada por acidente de trabalho. Nos casos em que não haja dependentes, os dados ficam atrelados ao registro do óbito por CAT. Ressalta ainda que essa informação exclui os militares, trabalhadores informais e servidores públicos ligados a RPPS, e os contribuintes individuais (trabalhadores autônomos e empregados domésticos).

Diante disso, percebe-se uma importante possibilidade de sub-registro de informações sobre acidente de trabalho no Brasil que é confirmada em estudos relacionados ao tema. Especialmente sobre acidentes fatais, Drumond e Silva, 2013 em pesquisa realizada junto à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, colocam que, as estatísticas se baseiam em dados fornecidos pelas Declarações de Óbito, pelas Fichas de investigação de acidente de trabalho grave, pelo Sistema de Notificação de Agravos de Notificação e pelas CATs, que alimentam as informações do MPS e do MS. Ocorre que, segundo estes autores, muitas vezes as fichas de investigação e as declarações de óbito, não são preenchidas ou são preenchidas de forma incorreta ou incompleta, omitindo a informação de falecimento por acidente de trabalho ou que a morte está relacionada a acidente de trabalho. Dizem ainda que, tal fato ocorre por falta de informação sobre a maneira correta de preenchimento ou por desconhecimento da importância desse relato, além de ter sido verificado, que há receio por parte dos profissionais de saúde, quanto ao possível envolvimento jurídico com a situação.

Estudos como o de Almeida (2011) têm mostrado que, atualmente, nos grandes centros urbanos, os óbitos ou acidentes com mutilações relacionados ao trabalho se deslocaram para fora do local de trabalho, em vias públicas, envolvendo trânsito ou violência. As novas características assumidas pela sociedade tais como o trabalho ininterrupto –

“sociedade 24 horas”, a precarização do emprego, o uso de motocicletas no trabalho e a má ocupação do espaço urbano, são os principais responsáveis por essa mudança. E, quanto à permanência de casos de acidentes nos locais de trabalho – com mortes e mutilações causadas, em sua maioria, por quedas em altura, choques elétricos, soterramentos e máquinas – é atribuída ao desrespeito à legislação. E isso, por sua vez, acontece devido à fragilidade da vigilância e da falta de interesse dos próprios trabalhadores envolvidos.

Diante do exposto, o que se conclui é que, os dados estatísticos apresentados, apesar de fragmentados e sub-registrados, demonstram a quantidade expressiva de morbimortalidade dos trabalhadores e, portanto, a importância de os acidentes de trabalho serem considerados como problema de saúde pública.

É nesse cenário de construção, de superação de desafios e de busca de possibilidades, que o Governo Federal resolveu instituir o Subsistema Integrado de Saúde do Servidor Público Federal (Siass) e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor (CGASS), no âmbito do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (Sipec), por meio do Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009, em atendimento a um dos oito objetivos da PNSST, citado anteriormente: implementação de sistemas de gestão de segurança e saúde no trabalho, nos setores público e privado.

A Política de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal iniciou sua construção por meio de eventos, dos quais participaram as áreas de recursos humanos, técnicos de saúde e entidades sindicais, para, sob os princípios da unidade, da equidade e da universalização do cuidado com a saúde de todos os servidores, planejar ações inovadoras, orientados pela democratização das relações de trabalho e pelo conhecimento da situação de saúde do servidor público federal civil.

#### 1.4.4 A saúde do servidor público federal no Brasil

“Todos aqueles que prestam serviços ao poder público (União, estados, municípios e respectivas autarquias) ou realizam atividades da alçada deste, podem ser designados agentes públicos” (MELLO, 1984, p. 3). Ou seja, toda pessoa que desempenha funções públicas, enquanto durar o exercício da atividade, é um agente público, seja ele temporário, remunerado ou não; mas nem todos são servidores públicos. Os agentes públicos podem ser divididos em agentes políticos e servidores estatais.

Os agentes políticos são assim chamados, pelo poder político de suas funções, como o presidente e o vice-presidente da República, os ministros de Estado, os governadores

e os vice-governadores, os prefeitos e os vice-prefeitos, os senadores, os deputados, os vereadores e os secretários estaduais e municipais. Eles são titulares de cargos com direitos legais previstos na Constituição ou em lei específica.

A segunda categoria, a dos servidores estatais, é formada por aqueles que atuam na administração direta ou indireta. Esses, por sua vez, estão divididos em servidor público, que atua em pessoa jurídica de direito público do Estado, e servidor de ente governamental de direito privado, que atua em pessoa jurídica de direito privado. E o tipo de serviço, as conveniências e as características são o que vai definir se as atividades serão exercidas por um ente próprio do Estado, a administração direta, ou se por um ente delegado para esse fim, a administração indireta (TV JUSTIÇA, 2012).

Existem ainda os empregados da administração indireta de direito privado que – embora atuem no Estado e se equiparem ao servidor público em alguns aspectos, como na forma de ingresso por concurso público – são considerados somente empregados.

Portanto, nem todo agente público é servidor público. Este é uma das espécies que exercem funções dentro do Estado e pode ser assim considerado: todos aqueles que atuam na administração direta: União, estados, municípios e Distrito Federal e na administração indireta: autarquias e fundações públicas de direito público. De acordo com o art. 2º da Lei nº 8.112, de 1990, “[...] é a pessoa legalmente investida em cargo público”.

A Figura 1 apresenta um resumo da divisão das categorias dos agentes públicos, pela qual se proporciona melhor visualização do quadro de pessoas que compõem o serviço público no Brasil.



Figura 1: Representação da divisão das categorias dos agentes públicos pertencentes à Administração Federal na atualidade. Fonte: BRASIL, TV Justiça, 2012.

Eles ainda estão distribuídos, considerando uma divisão ampla, em dois grandes grupos: o dos civis e o dos militares, e todos estão sujeitos ou ao Estatuto do Regime Jurídico Único, em que são titulares do cargo, ou à CLT, em que são titulares do emprego. E o antigo funcionário público passa a ser chamado de servidor público titular de cargo e o servidor público titular de emprego, recebe a designação de empregado público (TV JUSTIÇA, 2012).

O último *Boletim Estatístico de Pessoal*, do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, do mês de abril de 2012, apresenta um quadro de 2.093.257 servidores públicos civis e militares, entre ativos, aposentados e pensionistas, distribuídos nos três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário. Destes, 1.928.126 são do Executivo, dos quais 1.213.304 são civis da administração direta, autarquias e fundações; 68.159 são do Banco Central, empresas públicas, sociedade de economia mista e ministério público; e 646.663 são militares. O Legislativo possui 34.608 e o Judiciário, 130.523. Considerando o grupo de situação de vínculo, do universo dos servidores públicos federais 54,1% são ativos, 26,3% são aposentados e 19,6 são pensionistas (SEGEP/MP e STN/MF; MPOG, 2012).

Conhecido o “tamanho da União” no que diz respeito ao número de funcionários públicos federais e como se situam as pessoas que fazem parte de sua administração, serão focados nesta seção, o conhecimento do “estado da saúde” dessas pessoas e o que vem sendo feito nesse sentido.

Quando a Constituição de 1988 determinou as diretrizes da saúde para o trabalhador, o País foi obrigado a criar duas estruturas de seguridade social, devido às questões de direito do trabalho e de direito administrativo em que o Estado se encontra na condição de Estado Regulador e de Estado empregador, passando a conviver com uma situação dupla, em que os trabalhadores em geral teriam uma política pública de saúde e segurança e os servidores públicos, regidos por um regime jurídico próprio, teriam uma política própria (DOMINGUES JÚNIOR, 2005).

Essa situação causou transtornos no dia a dia das ações relativas aos procedimentos de vigilância e promoção da saúde dos servidores, como na perícia médica, na readaptação e reabilitação funcional, que eram dispersas ou orientadas pelas normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho, estas destinadas ao trabalhador da iniciativa privada. Em vista disso, vem sendo construída, de forma coletiva, uma Política de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal (Pass), por meio da participação de técnicos da saúde e de representações sindicais em encontros e oficinas, o que proporciona uma boa troca de experiências. Essa iniciativa foi impulsionada ainda pelo alto índice de afastamentos dos servidores – que, entre outros fatores, gerou representativo custo financeiro

e significativas perdas para a sociedade e para os próprios servidores. Além da necessidade de corrigir distorções causadas por questões de gestão, como as que seguem relacionadas:

- ✓ falta de isonomia no tratamento das questões de segurança e saúde dos servidores por parte dos ministérios e órgãos que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal (Sipec);
- ✓ distorções causadas pelas ações descentralizadas; e
- ✓ ausência de um sistema de informações que possibilite a construção do perfil de adoecimento do servidor e o dimensionamento dos seus problemas de saúde.

Analisando cada uma dessas questões, conclui-se que a isonomia tornou-se necessária, porque as respostas operacionais às questões de saúde dos servidores eram dadas de forma diferenciada pelos ministérios e órgãos que compõem o Sipec, de acordo com o entendimento e as condições estruturais de cada um, devido à falta de uma orientação central. A proposta é de que haja condutas uniformes, evitando que problemas iguais recebam tratamentos diferentes, o que provoca perdas tanto para os servidores, como para o Estado e para a sociedade.

A falta de um sistema centralizado dificultou o conhecimento do verdadeiro estado de saúde e adoecimento dos servidores, uma vez que apenas alguns setores faziam o registro das causas dos afastamentos. Em razão disso, a administração federal não se deu conta de que os índices de afastamentos eram altos e preocupantes e, conseqüentemente, não dispunha de informação para criação de diretrizes de uma política de saúde para a categoria.

Diante dessa situação, a Secretaria de Recursos Humanos do MPOG, realizou um levantamento em 2005, em que observou um comportamento de afastamentos preocupante: alto número de aposentadorias precoces, ou seja, a categoria aposentou-se com 48 anos de idade em média, enquanto que o mesmo não ocorria com as aposentadorias do trabalhador da iniciativa privada. Comparando com as duas categorias, esses índices apresentaram um percentual de 2% entre os trabalhadores da iniciativa privada, enquanto que na Administração Pública, estavam em 14%. Isto impactou em um custo de aproximadamente 300 milhões de reais no ano. Constatou ainda, que um grande número de servidores estava se ausentando do trabalho por mês, sendo que, quase a metade das ausências era superior a 15 dias (PASTÓRIO et al, 2011).

Quanto aos gastos por afastamento dos servidores públicos federais brasileiros e dos tipos de afastamento, de acordo com os demonstrativos da Tabelas 1, pode-se ter um dimensionamento dos danos causados à sociedade, porque os custos foram altos e os serviços deixaram de ser prestados. Além é claro, de danos ao próprio servidor, porque as dificuldades

talvez pudessem ter sido evitadas se houvessem dados registrados que possibilitassem a adoção de uma política de prevenção e promoção de saúde dessa categoria.

Tabela 2: Representação dos gastos financeiros por tipo de afastamento dos servidores públicos federais brasileiros, em 2004.

Item <sup>4</sup>	Custo em (R\$ 1,00)
<b>Custos diretos</b>	
Aposentadoria por invalidez	2.027.589.238,74
Aposentadoria por invalidez passível de reversão	235.171.119,55
Afastamento por doenças do trabalho	39.958.251,85
Afastamento por acidentes de trabalho	6.580.148,49
Afastamento por acidentes de trajeto	30.074.590,61
Afastamento por causas não ocupacionais.	22.160.979,85

Fonte: Domingues Júnior, 2005.

Conforme o documento do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (Siass), publicado em 2010, como resposta às questões da saúde do servidor, algumas medidas foram tomadas pelo Governo Federal.

1) No ano de 2003, foi criada a Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor, dentro da Secretaria de Recursos Humanos, como parte de nova estruturação do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. “Desde então, seu principal desafio foi superar as distorções existentes entre os diversos órgãos do Sipec e implementar uma política de atenção à saúde, baseada na equidade e na universalidade” (MPOG, 2013a, p. 1).

2) Como parte de uma proposta de programa, em 2004 foram implantados projetos pilotos do Programa de Saúde do Trabalhador nas cidades de Florianópolis, Recife e Rio de Janeiro, como base para implantação de uma política nacional. Preliminarmente, para efeito de orientação e uniformização das ações no âmbito do Sipec, foi publicado o *Manual para os serviços de saúde dos servidores públicos civis federais*, pela Portaria nº 1.675, de 6 de outubro de 2006, da Secretaria de Recursos Humanos (SRH) do MPOG, que “Estabelece orientação para os procedimentos operacionais a serem implementados na concessão de benefícios de que trata a Lei 8.112/90 e Lei 8.527/97, que abrange processos de saúde, e dá outras providências” (BRASIL, 2006b, p. 1).

<sup>4</sup> Considerando uma remuneração média de R\$3.238 (conforme boletim estatístico da SRH).

3) Em 2006, foi criado o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (Sisosp).

4) A partir de 2007, aconteceu a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (Pass).

Portanto, a construção dessa política ocorreu em etapas, almejando a formação das estruturas física, regimental, de eixo paradigmático e operacional. A criação e a implantação da Pass obedeceu aos seguintes pilares: “um sistema de informação em saúde do servidor, uma sólida base legal, uma rede de unidades e serviços e a garantia de recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos” (MPOG, 2010a, p. 2).

Assim, a Presidência da República publicou o Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009, instituindo, no âmbito do Sipec, o Siass e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor (CGSS).

O Siass, de acordo com o parágrafo 2º desse decreto, tem o objetivo de:

coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo (BRASIL, 2009, p. 1).

Por esse decreto, também foi instituído, no âmbito do Sipec, o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor (CGSS), que, entre outras competências, deve “Aprovar as diretrizes para aplicação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal e para a capacitação dos servidores em exercício nas unidades do Siass” (Idem, 2009, p. 1).

O CGSS terá como secretaria executiva a Secretaria de Recursos Humanos do MPOG e será composto por um representante de cada um dos seguintes órgãos: MPOG, que será o coordenador; Casa Civil da Presidência da República; Ministério da Saúde; Ministério da Previdência Social; Ministério da Educação; Ministério da Fazenda; Ministério do Trabalho e Emprego; e Ministério da Justiça (Ibdem, 2009).

Ainda como parte da Pass, em 7 de maio de 2010, foram fixadas as diretrizes para a implementação de ações de atenção à saúde do servidor público federal pela Norma Operacional de Saúde do Servidor (Noss), estabelecida pela Portaria Normativa nº 3, da Secretaria de Recursos Humanos do MPOG. Essa portaria

Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor - NOSS aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, com o objetivo de definir diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor (BRASIL, DOU, 10/5/2010. Seção 1, p. 80)

A partir dessas diretrizes gerais, o Governo Federal passa a ter uma orientação para as ações relativas à saúde do servidor, cuja implementação, de acordo com o seu art. 2º deverá ser acompanhada pelo Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor (Desap)/Secretaria de Recursos Humanos do MPOG e pelos seis atores seguintes, conforme as suas respectivas atribuições e competências, para a efetivação da Noss (BRASIL, 2010b):

- Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor: aprovar diretrizes de aplicação;
- dirigente do órgão ou entidade: viabilizar meios e recursos necessários;
- gestor de pessoas ou de recursos humanos (RH): assegurar o cumprimento da norma e promover formação e capacitação de acordo com orientações das equipes técnicas de vigilância e promoção da saúde;
- equipes de vigilância e promoção à saúde: planejar, coordenar e executar as ações de vigilância e promoção da saúde do servidor; notificar agravos relacionados ao trabalho no Siape-Saúde; emitir laudos e relatórios relativos aos ambientes de trabalho; elaborar perfil epidemiológico da saúde do servidor com vistas às ações;
- Comissão Interna de Saúde do Servidor Público (CISSP): levantamento das condições de trabalho para levantar riscos e acompanhar correções, com base na gestão compartilhada;
- servidor: participar, acompanhar e indicar à CISSP as situações de risco nos ambientes de trabalho, bem como acompanhar a implantação e sugerir medidas de segurança individual e coletiva, como protagonista da política.

Quanto aos seus objetivos, a Noss trata dos aspectos referentes à vigilância e promoção à saúde do servidor, de acordo com a proposta de relação multiprofissional e transdisciplinar entre os eixos de estruturação do Siass.

#### 1.4.4.1 Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (Siass)

Esse sistema estruturante tem a finalidade de promover a assistência à saúde do servidor por meio de ações de perícia oficial, para avaliar suas condições de saúde para o trabalho, bem como de ações de prevenção, reabilitação, promoção e acompanhamento, no sentido de intervir no processo de seu adoecimento, seja no aspecto individual, seja no das relações existentes no ambiente de trabalho.

Segundo o Relatório Final da Conferência Nacional de Recursos Humanos da Administração Pública Federal, de 2009,

a) entre as funções do Siass, estão:

- elaborar normas;
- padronizar ações;



- racionalizar recursos, por meio de informação, formação e comunicação;
- b) a política estruturada pelo Siass deverá contemplar os seguintes eixos:
- vigilância aos ambientes e processos de trabalho;
  - promoção à saúde;
  - perícia em saúde; e
  - assistência médico-odontológica;
- c) fundamentação da política:
- abordagem biopsicossocial;
  - informação epidemiológica;
  - interação entre os eixos;
  - multidisciplinaridade do trabalho;
  - conhecimento transdisciplinar; e
  - avaliação dos locais e das relações de trabalho.

A definição da atuação do Siass tomou primeiramente como base, um diagnóstico da situação de saúde dos órgãos federais, cujo levantamento foi iniciado em dezembro de 2007, em 18 estados e no Distrito Federal, a fim de conhecer os recursos humanos, materiais, técnicos e de infraestrutura e as atividades de saúde desenvolvidas.

Quanto ao aspecto de regulamentação da política, vários documentos foram criados. Entre eles está a Portaria nº 1.397, de 10/8/2012, da Secretaria de Gestão Pública do MPOG, que, revogando a Portaria Normativa SRH/MP nº 2, de 22 de março de 2009,

Estabelece orientações básicas aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - Sipec sobre os procedimentos mínimos para a realização de acordo de cooperação técnica para a criação das unidades do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - Siass, previsto no art. 7º do Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009 (BRASIL, 2012d, p. 47).

Como o Siass será formado por unidades setoriais que deverão abranger todos os órgãos, o mesmo instrumento, por meio do seu art. 2º, vem regulamentar a instituição dessas unidades, que deverão ser criadas a partir de discussões de grupos de trabalho (GTs) de implantação e mediante acordos de cooperação técnica, a serem firmados entre órgãos da administração federal direta autárquica e fundacional, como a seguir:

Art. 2º O acordo de cooperação técnica terá por objeto a execução de ações e atividades de prevenção aos agravos, de promoção e acompanhamento da saúde dos servidores e de perícia oficial, com o objetivo de garantir a implementação da política de atenção à saúde e à segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009 (Idem, 2012d, p. 47)

Ainda sob a luz da Portaria nº 1.397, as ações serão realizadas conjuntamente e deverão buscar:

- I) potencializar os resultados das ações de saúde desenvolvidas pelos órgãos;
- II) propiciar aos partícipes o uso racional de materiais, equipamentos, força de trabalho, imóveis, instalações e contratos, dentro dos princípios da eficiência, eficácia e efetividade; e
- III) otimizar recursos orçamentários (BRASIL, 2012d, p. 47).

No conjunto das funções do Siass, encontra-se o item racionalizar recursos através de informação, formação e comunicação. Para o desenvolvimento desse item, foi criado um sistema integrado de informações, chamado de Sistema de Administração de Recursos Humanos em Saúde (Siape-Saúde). Este sistema, de acordo com matéria publicada pelo SERPRO, por meio de sua revista TEMA, veio compor o Siape, que é um outro sistema, só que de âmbito nacional, elaborado pelo Serviço Federal de Processamento de Dados (Serpro), em 1989, que integra todas as plataformas de gestão de pessoal dos servidores públicos federais (SERPRO, 2010).

O Siape-Saúde é um prontuário eletrônico, criado pelo Serpro no ano de 2010, a fim de servir de base para a formação do perfil epidemiológico dos servidores, com vistas a ações de saúde. Possibilita a gestão informatizada do Siass, abrangendo informações sobre assuntos de saúde dos servidores, como: perícias, licenças médicas, acidentes de trabalho, doenças profissionais, aposentadorias por invalidez, readaptações funcionais, exames médicos periódicos, avaliações técnicas, ambientes de trabalho, informações assistenciais e gerenciais.

A mesma matéria coloca:

Do ponto de vista tecnológico, o Siape-Saúde é uma plataforma *web*, concebida em *software* livre, com linguagem de programação Java. Ele é a materialização das normas e dos procedimentos previstos no Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (Siass) [...] (Idem, 2010, p. 14).

Para contemplar os eixos que compõem o Siass, algumas medidas foram necessárias, entre elas, a otimização das ações relativas às perícias em saúde, que pressupõem o compromisso com o retorno ao trabalho e com a garantia dos direitos dos servidores, visando

[...] à uniformização dos procedimentos, transparência dos critérios técnicos, eficiência administrativa, humanização no atendimento, racionalidade de recursos, bem como ao apoio multidisciplinar e às relações com as áreas da assistência e da promoção da saúde (MPOG, 2010b. p. 5).

Eis algumas iniciativas tomadas no sentido da universalização e da transparência das perícias oficiais:

- alteração na Lei nº 8.112/90, visando à regulamentação das licenças de curta duração e às inovações nos critérios periciais em relação às perícias singulares, à atuação de juntas médicas, à revisão das aposentadorias por invalidez e à instituição da perícia odontológica;

- estabelecimento de parâmetros para concessão de licenças, de aposentadorias por invalidez, de readaptação funcional e de exames admissionais, por meio dos protocolos técnicos;
- participação de equipe multidisciplinar na avaliação laborativa, para, além de dar suporte ao setor pericial, apresentar um novo olhar para a perícia em saúde, por meio da avaliação dos ambientes e dos processos de trabalho, do acompanhamento e do apoio no tratamento e nas restrições de atividades dos servidores afastados por motivo de saúde, possibilitando a integração entre os eixos assistência, a prevenção e a promoção da saúde, além de agilizar o retorno ao trabalho; e
- prontuário eletrônico, manual de perícia, capacitação de equipe técnica e normatização de licenças médicas, como ferramentas de avaliação laborativa dos servidores.

Quanto à assistência médica, segundo informações da TV SIASS, a saúde suplementar para o servidor público foi uma grande conquista. Todos os servidores têm o benefício por intermédio de subsídio que viabiliza a contratação de plano de saúde privado à escolha do servidor. Diante disso, o Governo Federal não proíbe, mas desestimula a instalação de ambulatórios nas unidades, embora haja locais em que existe esse funcionamento.

Ainda de acordo com o *Relatório Final da Conferência Nacional de Recursos Humanos da Administração Pública Federal*, de 2009, o grande desafio dessa política é desenvolver ações de vigilância e de promoção da saúde que causem impactos positivos na saúde dos servidores públicos federais, alterando os ambientes e os processos de trabalho. Algumas medidas foram tomadas nesse sentido, entre elas a instituição da obrigatoriedade do exame médico periódico; a Norma Operacional de Saúde do Servidor (Noss) e as Comissões de Saúde por Local de Trabalho.

## 2 - METODOLOGIA

### 2.1 Abordagem metodológica

No cenário em que se encontra a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, este trabalho se propôs a investigar, sem a pretensão de esgotar o assunto, a implantação de ações de vigilância e promoção da saúde dos trabalhadores da UFG, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Governo Federal.

É um estudo do tipo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa que descreve as principais características apresentadas pela relação entre as variáveis da implantação de uma política de saúde, cujas informações foram buscadas em fontes primárias e secundárias, utilizando das técnicas de análise documental e entrevistas semi-estruturadas aplicadas aos gestores e à equipe responsável pela implantação da política em questão. A finalidade é conhecer os documentos relacionados a essa implantação, as ações planejadas e implementadas, as condições estruturais, financeiras e humanas, bem como os pontos fortes e os desafios.

O objetivo desta pesquisa é descrever a realidade do processo de implantação das ações de vigilância e promoção da saúde do servidor público federal no âmbito da UFG, diante das diretrizes do Governo Federal. A pergunta de partida que anima este projeto tem como enunciado: de que forma se desenvolve o processo de implantação das ações de vigilância e promoção da saúde do servidor público federal no âmbito da UFG?

Questões que se desdobram dessa pergunta principal: Quais as normas que orientam esse processo? Que setor da instituição é responsável por coordená-lo? Como se realizam os processos e as práticas de trabalho dos setores envolvidos? Como se desenvolve o processo de implantação dessa política na UFG (ações e produtos decorrentes)? Quais os resultados observados nessa implantação até a época de conclusão do trabalho?

Tem como objetivo geral descrever o processo de implantação das ações de vigilância e promoção da saúde do servidor no âmbito da UFG e, como objetivos específicos:

1. conhecer as normas que orientam esse processo;
2. conhecer e descrever os setores da instituição responsáveis pela coordenação da implantação;
3. descrever as ações e os produtos de vigilância e promoção à saúde do servidor da UFG, decorrentes da implantação da política proposta.

Com base nesses objetivos, os dados foram separados pelas seguintes categorias de análise:

- normas que orientaram o processo de institucionalização;
- setores responsáveis pela estruturação do sistema de coordenação da política de vigilância e promoção da saúde no âmbito da UFG;
- organização e desenvolvimento dos processos e práticas de trabalho da implantação da política;
- produtos e resultados do processo de implantação da Política de Atenção à Saúde do Servidor.

A opção pela entrevista semiestruturada deve-se ao fato de ser ferramenta mais apropriada para o caso e permitir ao pesquisador a flexibilidade necessária à contemplação dos fatores importantes para uma investigação mais completa do problema, partindo-se de um roteiro básico (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

O critério de inclusão dos sujeitos na pesquisa foi o dos informantes-chaves responsáveis pelo processo de implantação da política, membros da alta direção da instituição e da perícia. Como critério de exclusão, foi utilizada a recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte de atores que compõem esse grupo, visto que o TCLE faz parte da documentação exigida para aprovação do Comitê de Ética da Instituição de Ensino à qual a pesquisa está vinculada.

Foram consideradas fontes secundárias, para o fornecimento de dados e informações, os documentos básicos e técnicos relativos ao processo de implantação, como decretos, portarias, normas técnicas e relatórios dos órgãos implementadores: Presidência da República, MPOG e UFG.

Após a coleta, foi efetuado o tratamento dos dados obtidos nas entrevistas, estando eles em registros escritos ou em meio eletrônico, obedecendo-se à seguinte sequência, proposta por Marconi e Lakatos (2007):

- a) **seleção:** os dados foram submetidos a um exame detalhado, a fim de detectar excessos ou falta de informações que pudessem prejudicar a pesquisa;
- b) **codificação:** nesta etapa, eles foram separados por categorias de análise; e
- c) **tabulação:** para melhor visualização da relação entre os dados, eles foram dispostos em um quadro, disposto no apêndice deste trabalho, de maneira sintetizada e de acordo com as categorias estabelecidas para análise.

## 2.2 Sistematização dos dados

De posse das entrevistas gravadas, elas foram transcritas para facilitar a visualização dos dados, que foram tratados para a geração das informações necessárias. Isso foi feito utilizando-se do quadro composto por três colunas: categorias de análise, conteúdo e significado. Este quadro encontra-se no apêndice deste trabalho.

Na coluna “categorias de análise”, diante do curto espaço de tempo de implantação da política, tanto na UFG quanto no cenário nacional, e da realidade demonstrada durante a investigação, foi necessário um ajuste, que resultou na unificação de duas categorias de análise: produtos decorrentes das ações e resultados obtidos até então. Essa unificação deu origem à categoria produtos e resultados do processo de implantação da política. Portanto, na coluna “categorias de análise”, serão encontrados os seguintes itens: normas que orientam o processo; setores responsáveis pela coordenação; processos e práticas de trabalho dos setores envolvidos; fatores de riscos ocupacionais; processos e ações de implantação da política; e produtos e resultados do processo de implantação da política.

Quanto ao “conteúdo”, refere-se ao resultado da classificação dos dados contidos no teor dos documentos utilizados como fontes secundárias e aos trechos de relatos dos entrevistados, considerados importantes para o levantamento de dados, como fontes primárias.

A coluna “significado” contém as informações apreendidas com base nos dados coletados, fazendo-se uma relação com o que foi preconizado pelas normas e a situação de implantação dentro da UFG.

De posse dessa sistematização, foram produzidas a descrição e a interpretação da implantação das ações de vigilância e promoção da saúde dos servidores da UFG, por categoria de análise.

A sistematização e a interpretação dos dados foram feitas por meio do processo de seleção, a fim de verificar a relação existente entre as fases do processo de implantação da política de saúde dos servidores da UFG e as normas; as diretrizes; as estruturas física, humana, financeira e ambiental; e o planejamento estratégico.

Considerando-se que interpretar as respostas adquiridas é dar-lhes significação em relação ao problema levantado à luz da teoria estudada, na fase seguinte será feita a ligação entre a implantação da política de assistência à saúde do servidor da UFG, de acordo com a política de saúde do Governo Federal.

### **3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No contexto do serviço público federal, encontra-se a Universidade Federal de Goiás (UFG), instituição pública federal de ensino superior, integrante do Poder Executivo, como pessoa jurídica de direito público, vinculada ao Ministério da Educação, na modalidade de autarquia, criada pela Lei nº 3.834 C, de 14 de dezembro de 1960, com sede em Goiânia-GO.

Para a descrição da implantação da política de atenção à saúde do servidor da UFG, foi necessário identificar a instituição, conhecendo as pessoas que trabalham nela: perfil, peculiaridades, ambientes de trabalho e o que está sendo feito no sentido da saúde destas pessoas. E a busca pelas respostas que compõem as perguntas colocadas como alavanca para esta pesquisa foi feita recorrendo-se a fontes primárias e fontes secundárias. Dessa forma, este capítulo está assim estruturado:

1. caracterização da instituição pesquisada e da situação de saúde dos servidores;
2. arcabouço normativo que orienta o processo de implantação da política de atenção à saúde do servidor;
3. setores responsáveis pela coordenação da implantação;
4. processos e práticas de trabalho dos setores envolvidos na implantação das ações de vigilância e de promoção da saúde do servidor da UFG;
5. processos e ações de implantação da política de atenção à saúde do servidor;
6. produtos e resultados do processo de implantação da política de atenção à saúde dos servidores.

#### **3.1 Caracterização da instituição pesquisada e situação de saúde dos servidores**

A UFG é uma Instituição Pública de Ensino Superior, do Poder Executivo, vinculada ao Ministério da Educação, cuja natureza jurídica é a de uma autarquia federal, que tem como atividades principais o ensino, a pesquisa e a extensão. Foi criada pela Lei nº 3.834-C, de 14.12.1960, e reestruturada pelo Decreto nº 63.817, de 16.12.1968. Tem como sede Goiânia, capital do Estado de Goiás. Sua missão é a que consta na Figura 6.

“Tem como missão gerar, sistematizar e socializar o conhecimento e o saber, formando profissionais e indivíduos capazes de promover a transformação e o desenvolvimento da sociedade” (UFG, 2013a, p. 1).

São princípios que norteiam a UFG, segundo o seu Estatuto:

- I – a gratuidade do Ensino, cuja manutenção é responsabilidade da União;
- II – o respeito à diversidade e ao pluralismo de ideias, sem discriminação de qualquer natureza;
- III – a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão;
- IV – a universalidade do conhecimento e fomento à interdisciplinaridade;
- V - o compromisso com a qualidade, com a orientação humanística e com a preparação para o exercício pleno da cidadania ao executar suas atividades;
- VI – o compromisso com a democratização da educação, no que concerne à gestão, à igualdade de oportunidade de acesso, e com a socialização de seus benefícios;
- VII – o compromisso com a democracia e com o desenvolvimento cultural, artístico, científico, tecnológico e socioeconômico do País; e
- VIII – o compromisso com a paz, com a defesa dos direitos humanos e com a preservação do meio ambiente (UFG, 1996, p. 7 e 8).

Quanto à distribuição territorial, além do Campus de Aparecida de Goiânia, que está sendo construído, e o da Cidade Ocidental, em processo de edital de chamamento público para doação de terreno, atualmente a UFG conta com cinco *campi*, distribuídos no Estado de Goiás, a saber:

- Campus Catalão (CAC)
- Campus Jataí (CAJ)
- Campus Cidade de Goiás
- Campus Colemar Natal e Silva (Campus I)
- Campus Samambaia (Campus II)

### **Campus Catalão**

O CAC está localizado no Setor Universitário da cidade de Catalão-GO e abriga cerca de 3 mil alunos nos 21 cursos de graduação. Tem aproximadamente 20 cursos de especialização, número que varia de acordo com a demanda, e quatro programas de mestrado. O seu quadro de pessoal é composto por 229 servidores docentes e 65 servidores técnico-administrativos, além dos terceirizados e prestadores de serviços (UFG, 2011a).

### **Campus Jataí**

O CAJ conta com duas unidades acadêmicas: a Unidade Riachuelo, situada no centro da cidade de Jataí, Setor Samuel Graham, e a Unidade Jatobá, localizada no Km 192 da BR 364, Setor Parque Industrial. Possui 24 cursos de graduação, vários cursos de especialização, criados de acordo com a demanda, e 4 cursos de mestrado. Para atender aos 2.276 alunos matriculados no segundo semestre de 2012, o Campus Jataí contou com 232



servidores docentes, dos quais 14 foram cedidos pela Prefeitura de Jataí, e 60 servidores técnico-administrativos (UFG, 2011b).

### **Campus Cidade de Goiás**

No Setor Areião da Cidade de Goiás localiza-se este *campus*. Seu quadro está composto por 45 servidores docentes e 15 servidores técnico-administrativos, que atendem a uma demanda de 652 alunos matriculados nos quatro cursos de graduação oferecidos (MORAIS, 2011).

Além dos *campi* do interior do estado citados, que funcionam como unidades acadêmicas, a UFG está presente:

1) em Firminópolis, Morrinhos, São Luís de Montes Belos e Uruaçu, onde desenvolve atividades de extensão na área de saúde;

2) no Hospital das Clínicas, localizado no Campus Colemar Natal e Silva (Goiânia-GO), órgão suplementar vinculado à Reitoria, que, a partir de 2009, passou a ser uma unidade orçamentária independente;

3) no Centro de Ensino e Pesquisa Aplicada à Educação, uma unidade acadêmica especial, que, embora atue nas áreas de ensino, pesquisa e extensão e esteja vinculada administrativamente à Pró-Reitoria de Graduação, atende ao ensino fundamental e médio e à pós-graduação *lato sensu*.

Os maiores *campi* da UFG estão em Goiânia, capital do Estado de Goiás. São eles: Colemar Natal e Silva (Campus I) e Samambaia (Campus II). O primeiro, localizado no Setor Universitário, agrega 10 unidades acadêmicas e 5 órgãos. O segundo, situado na BR 080, possui 19 unidades acadêmicas, 12 órgãos e a administração central. Os órgãos que compõem a estrutura organizacional da UFG são das categorias: suplementar, administrativo e complementar, de acordo com as atribuições de cada um. A Rádio Universitária e o Planetário são órgãos suplementar e complementar, respectivamente, e estão localizados em áreas fora dos *campi*.

Os dois *campi* oferecem 89 cursos de graduação e atendem ainda a uma extensa demanda de cursos de pós-graduação *lato e stricto sensu*, além das atividades de extensão universitária, que visam à prestação de serviços sociais e à integração entre a UFG e a comunidade.

Todo o espaço físico da UFG está ocupado por um ambiente organizacional diversificado, que abriga, com dados de 2012, 2.255 servidores docentes, 3.492 servidores

técnico-administrativos (UFG, 2012) e, aproximadamente, 24 mil discentes (UFG, 2013b). A sua estrutura organizacional é a seguinte:

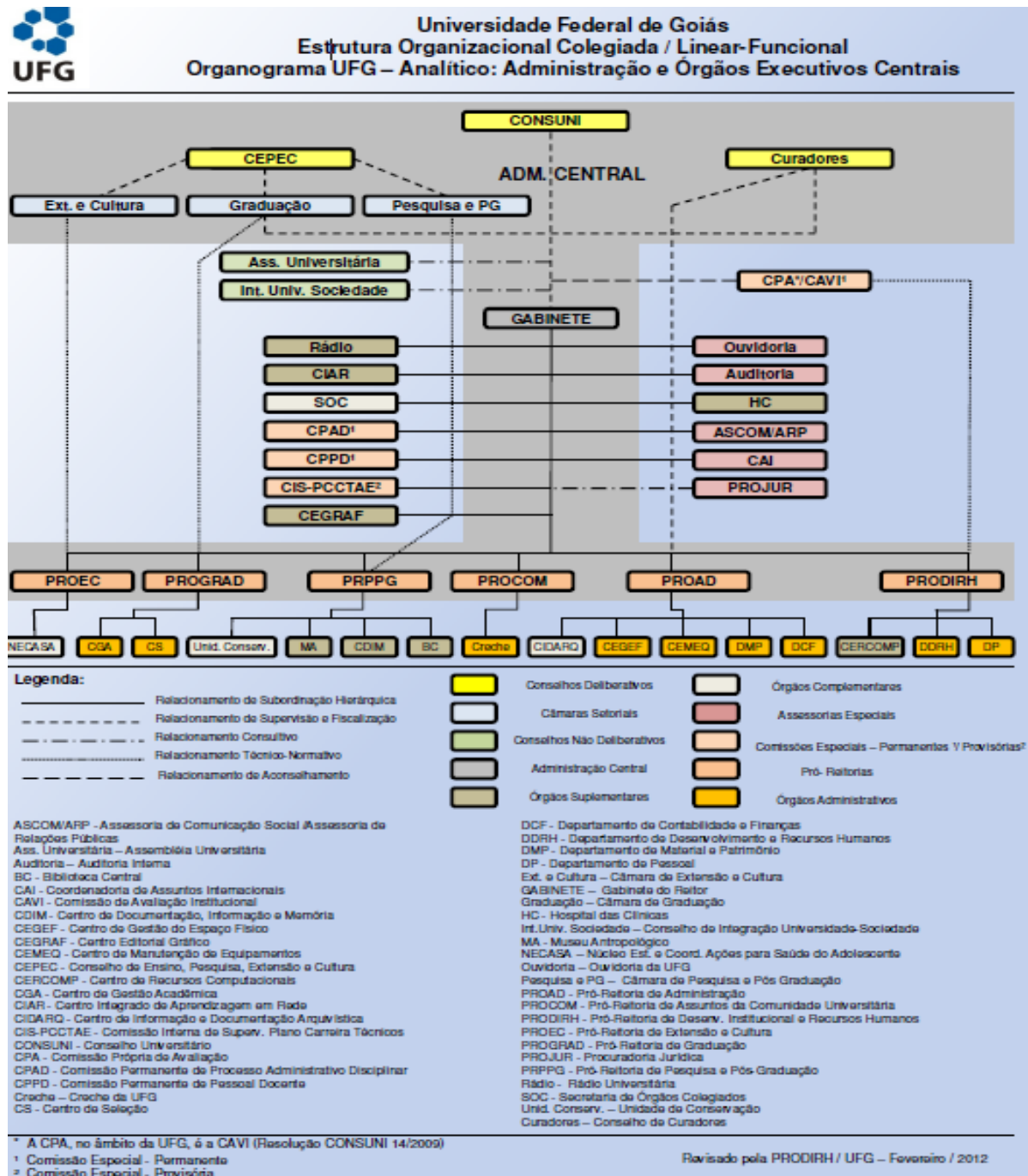


Figura 2: Estrutura organizacional da UFG em vigor.

Fonte: UFG

A estrutura organizacional da UFG retrata a dinâmica das relações dentro da universidade cujos conselhos deliberativos – Conselho Universitário (Consuni), Conselho de Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura (Cepec) e Conselho de Curadores –, com a Assembleia Universitária, o Conselho de Integração Universidade Sociedade, a Comissão Própria de Avaliação, a Comissão de Avaliação Institucional, a Reitoria e as Pró-Reitorias, constituem a

Administração Central. O Consuni é o seu organismo máximo para normatizar, deliberar e planejar as atividades da universidade.

No plano das Pró-Reitorias, encontra-se a Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional e Recursos Humanos (Prodirh), com a qual foi mantido contato mais próximo para realização deste estudo, por se tratar de órgão ao qual está ligado o Siass-UFG, cuja missão é “Promover o desenvolvimento humano e institucional da UFG por meio da gestão: (a) do planejamento, (b) da avaliação, (c) da informação e (d) dos talentos humanos, dando suporte aos projetos estratégicos da UFG” (UFG, 2012, p. 88). A mencionada pró-reitoria tem relação de subordinação direta com o Gabinete do Reitor e indireta com os Conselhos, além da relação de supervisão e fiscalização, exercida com a Assembleia Universitária, com o Conselho de Integração Universidade Sociedade e com as Comissões Próprias de Avaliação e de Avaliação Institucional.

A relação de autoridade é exercida sobre o Centro de Recursos Computacionais (Cercomp), o Departamento de Desenvolvimento e Recursos Humanos e o Departamento do Pessoal. Sua relação com o Siass ainda não está presente no organograma, por se tratar de órgão recentemente criado, mas é tema do novo estatuto da UFG, que está em estudo.

De acordo com o *Relatório de Gestão de 2011* elaborado para prestação de contas ordinária anual, a UFG, em apuração realizada em 31.12.2011, apresentou um quadro de 3.758 servidores ativos e 4.727 servidores autorizados, predominantemente na faixa etária de 41 a 50 anos (Tabelas 9 e 10).

Tabela 3: Número de servidores da UFG ingressos e egressos em 2011, por tipologia de cargos e de lotação

Tipologias dos Cargos	Lotação		Quantidade	
	Autorizada	Efetiva	Ingressos no exercício	Egressos no exercício
<b>1. Servidores em cargos efetivos (1.1 + 1.2)</b>	<b>4.727</b>	<b>3.491</b>	<b>225</b>	<b>46</b>
1.1. Membros de poder e agentes políticos	-	-	-	-
1.2. Servidores de Carreira (1.2.1+1.2.2+1.2.3+1.2.4)	-	<b>3.491</b>	<b>225</b>	<b>46</b>
1.2.1. Servidores de carreira vinculada ao órgão	4.727	3.481	224	45
1.2.2. Servidores de carreira em exercício descentralizado	-	5	-	-
1.2.3. Servidores de carreira em exercício provisório	-	4	1	1
1.2.4. Servidores requisitados de outros órgãos e esferas	-	1	-	-
<b>2. Servidores com Contratos Temporários</b>	<b>-</b>	<b>267</b>	<b>187</b>	<b>59</b>
<b>3. Total de Servidores (1+2)</b>	<b>4.727</b>	<b>3.758</b>	<b>412</b>	<b>105</b>

Fonte: SIAPE/CFP/DP/UFG

Tabela 4: Quantidade de servidores da UFG por faixa etária e por tipologia de cargo, em 2011

Tipologias do Cargo	Quantidade de Servidores por Faixa Etária				
	Até 30 anos	De 31 a 40 anos	De 41 a 50 anos	De 51 a 60 anos	Acima de 60 anos
<b>1. Provimento de cargo efetivo</b>	<b>560</b>	<b>1.024</b>	<b>1.106</b>	<b>841</b>	<b>217</b>
1.1. Membros de poder e agentes políticos	-	-	-	-	-
1.2. Servidores de Carreira	425	933	1.073	835	215
1.3. Servidores com Contratos Temporários	135	91	33	6	2
<b>2. Provimento de cargo em comissão</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>128</b>	<b>119</b>	<b>20</b>
2.1. Cargos de Natureza Especial	-	-	-	-	-
2.2. Grupo Direção e Assessoramento Superior	2	11	36	30	10
2.3. Funções gratificadas	38	89	92	89	10
<b>3. Totais (1+2)</b>	<b>600</b>	<b>1.124</b>	<b>1.234</b>	<b>960</b>	<b>237</b>

Fonte: SIAPE/CFP/DP/UFG

O mesmo relatório apresenta um total de 2.030 aposentadorias, assim distribuídas por regime de proventos e regime de aposentadoria, como se pode verificar na Tabela 11.

Tabela 5: Número de aposentadorias na UFG por regime e proventos/regime de aposentadoria, em 31/12/2011

<b>Regime de proventos/ Regime de aposentadoria</b>	<b>Servidores aposentados (Situação em 31.12.2011)</b>
<b>1. Integral</b>	1.480
1.1 Voluntária	1.328
1.2 Compulsória	2
1.3 Invalidez permanente	147
1.4 Outras	3
<b>2. Proporcional</b>	<b>550</b>
2.1 Voluntária	490
2.2 Compulsória	24
2.3 Invalidez permanente	29
2.4 Outras	7
<b>Total</b>	<b>2.030</b>

Fonte: UFG, 2011.

A busca por dados que mostrem a dimensão atual dos afastamentos ocorridos na UFG encontrou, conforme a Tabela 12, um total de 31.367 de dias parados por casos de licença médica, registrados na junta médica, mediante apresentação de atestado, em que predominam os de licença maternidade, em um total de 6.778, o que representa 16,54% do grupo de beneficiários desse direito.

Tabela 6: Número de dias parados e percentual de afastamento por grupos de motivos da licença médica, em relação ao total de servidores da UFG, em 2011

<b>Motivo da licença médica</b>	<b>Dias Parados</b>	<b>Percentual (%)</b>
CID M – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (e subdivisões)	3.867	12,33
CID F – Transtornos mentais e comportamentais (e subdivisões)	5.189	16,54
CID O – Gravidez, parto e puerpério (e subdivisões)	642	2,05
CID S – Lesões, envenenamento e algumas consequências de causas externas (e subdivisões)	2.248	7,17
Licença maternidade	6.778	21,60
Outros	12.643	40,31
<b>Total</b>	<b>31.367</b>	<b>100,00</b>

Total de dias parados por licença médica	Total de servidores da UFG (docentes, tae's - inclusive HU)	Relação dias parados/total de servidores da UFG
31.367	4.381	7,16

Fonte: UFG, 2011.

A partir desse breve relato sobre os servidores da UFG, os seus afastamentos e as suas aposentadorias, será analisado, a seguir, como está sendo conduzida a atenção à saúde

desses servidores, levando-se em conta a política de atenção à saúde do servidor que está sendo implantada pelo Governo Federal.

### 3.1.1 O Siass-UFG

No Estado de Goiás, de acordo com o Portal Siass, existem: o Siass INSS/Goiânia-GO, que possui Siape-Saúde implantado, mas não tem acordo de cooperação técnica e outras três unidades, que têm acordo de cooperação técnica e Siape-Saúde implantados. São elas: Siass INSS/Anápolis-GO; Siass Ministério da Saúde/Goiânia-Go; e Siass Universidade Federal de Goiás.

A unidade Siass-UFG, com sede provisória na Avenida das Nações Unidas, s/n, Setor Universitário, CEP 74001-970, Goiânia-Go, foi incluída na política nacional de atenção à saúde do servidor, no dia 16.9.2010, pela união das unidades de ensino: Universidade Federal de Goiás (UFG), Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano (IFGoiano) e Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás (IFG), cujo Acordo de Cooperação Técnica nº 08/2011 – SRH/MPOG foi assinado no dia 15.6.2011 (DOU de 19.7.2011, p. 132, Seção 3; MPOG, 2013b).

De acordo com o Plano de Trabalho do Siass-UFG (2010), assim que o Governo Federal, por meio da Secretaria de Recursos Humanos do MPOG, publicou a proposta de criação coletiva da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, as três instituições que hoje compõem a unidade iniciaram a construção do que seria hoje o Siass-FG, participando de vários eventos, entre eles os Encontros Nacionais de Atenção à Saúde do Servidor; as Conferências de Recursos Humanos; e os Fóruns de Saúde Mental na Administração Pública Federal. Além de participar desses eventos, outros momentos foram promovidos por iniciativa dessas instituições no sentido de se debater o tema. Isto, somado à disponibilidade apresentada por elas em aderir à política e o perfil de instituições de ensino, com peculiaridades comuns, fizeram com se juntassem para formar a unidade Siass-UFG.

Outro fator que contribuiu para a escolha dos partícipes dessa unidade do Siass, foi o número de servidores públicos federais civis da educação existentes no Estado de Goiás. No ano de 2010, o Estado de Goiás possuía, em seus 27 órgãos, 20.251 servidores públicos federais entre ativos, aposentados e pensionistas. Desse total, 11 mil eram da educação, dos quais, aproximadamente 6 mil estavam na ativa (SIASS-UFG, 2010).

Assinado o Termo de Cooperação Técnica, coube à UFG a responsabilidade de sediar a unidade pelos seguintes motivos: estar situada em localização privilegiada, o que

facilita o acesso do público-alvo; dispor de espaço físico adequado; possuir maior disponibilidade de recursos humanos e serviços de saúde para os servidores (SIASS-UFG, 2010).

No ano de 2011 os trabalhos se iniciaram com a formação da equipe de trabalho ligada à Pró-Reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária da UFG, agregando profissionais da UFG e dos Institutos Federais. Hoje, a unidade conta com uma equipe multiprofissional composta por 02 psicólogos, 02 assistentes sociais, 01 nutricionista, 01 médico, 02 enfermeiras e 01 técnico de enfermagem. Além desta, existe ainda a equipe de segurança no trabalho, formada por 01 engenheira do trabalho, 02 técnicos em segurança no trabalho 01 técnico de enfermagem. Na administração estão o Gestor da Unidade e o Vice; 01 secretário executivo, 01 assistente em administração e 01 recepcionista, cujos trabalhos são realizados em parceria com a Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional e Recursos Humanos da UFG e dos Institutos e o Departamento de Recursos Humanos/UFG.

### **3.2 Arcabouço normativo que orienta o processo de implantação da política de atenção à saúde do servidor**

A Tabela abaixo traz a relação das principais normas que regulamentam a implantação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal no âmbito do Sipec, que orienta a presente seção.

Tabela 7: Normas que orientam o processo de implantação da Pass e respectivas referências.

Normas	Referências
<b>Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009</b> – da Presidência da República. <b>Institui</b> o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - <b>SIASS</b> e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor, no âmbito do MPOG - Secretaria de Recursos Humanos do MPOG, através do Diretor do Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor ( <b>DESAP</b> ).	BRASIL, <b>Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009</b> . Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. <b>Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil</b> . Brasília, DF, 30 abr. 2009. Seção 1, p.4.
<b>Decreto 6.856, de 25 de maio de 2009</b> - da Presidência da República. Regulamenta o Art. 206-A da Lei 8.112 de 11.12.1990 que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais quanto à realização dos <b>exames médicos periódicos</b> .	BRASIL, <b>Decreto nº 6.856, de 29 de maio de 2009</b> . Regulamenta o art. 206-A da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 – Regime Jurídico Único, dispondo sobre os exames médicos periódicos de servidores. <b>Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil</b> . Brasília, DF, 26 mai. 2009. Seção 1, p.6..
<b>Portaria Normativa nº 3, de 30 de julho de 2009</b> – da SRH/MPOG <b>Revogada pela Portaria Normativa n. 05 de 11.10.10 – da SRH/MPOG</b> . Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC sobre a <b>assistência à saúde suplementar</b> do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas.	BRASIL, <b>Portaria Normativa nº 3, de 30 de julho de 2009</b> – da SRH/MPOG. Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas. <b>Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil</b> . Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de julho de 2009. Seção 1, ps. 64-67.
<b>Circular nº 006/2009/DP/UF</b> - Assistência à saúde suplementar – <b>ressarcimento</b> .	UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. <b>Circular nº 006/2009/DP/UF</b> . <b>Aos servidores ativos, aposentados e pensionistas vinculados à UFG</b> . 2009. Disponível em: < <a href="http://www.dp.ufg.br/uploads/89/original_ressarc.pdf">http://www.dp.ufg.br/uploads/89/original_ressarc.pdf</a> >. Acesso em: 20 ago. 2013.
<b>Portaria Conjunta SRH/SOF/MP - nº 1, de 29/12/2009</b> . Estabelece os valores da participação da União no <b>custeio</b> da assistência à saúde suplementar do servidor e demais beneficiários de que trata a Portaria Normativa SRH No- 3, de 30 de julho de 2009.	BRASIL, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos/Subsecretaria de Orçamento e Finanças. <b>Portaria Normativa nº 1, de 29 de dezembro de 2009</b> . <b>Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil</b> . Poder Executivo, Brasília, DF, 30 de dezembro 2009. Seção 1, p. 91.
<b>Portaria Normativa nº 03, de 07 de maio de 2010</b> – da SRH do MPOG. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor - <b>NOSS</b> aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC.	BRASIL, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. <b>Portaria Normativa nº 3, de 7 de maio de 2010</b> . Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor - NOSS aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, com o objetivo de definir diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor. <b>Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil</b> . Poder Executivo, Brasília, DF, 10 maio 2010. Seção 1, p. 80.
<b>Plano de Trabalho do SIASS-UFG – UFG (Out. 2010)</b> - Projeto de Criação e implantação da Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS/UFG, em espaço cedido pela UFG.	SIASS-UFG. <b>Plano de trabalho SIASS-UFG</b> . 2010. Disponível em: < <a href="http://trabalhocomsauude.files.wordpress.com">http://trabalhocomsauude.files.wordpress.com</a> >. Acesso em: 10 mar. 2013.
<b>Portaria 1.397 de 10/08/2012</b> – da SRH/MPOG Estabelece orientações básicas aos órgãos e entidades do SIPEC sobre os procedimentos mínimos para a realização de <b>Acordos de Cooperação Técnica</b> para a criação das unidades do SIASS previstos no art. 7º do Decreto No- 6.833, de 29 de abril de 2009. Revogou a Portaria Normativa nº 2 de 22 de março de 2009.	BRASIL, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. <b>Portaria 1.397, de 10/08/2012</b> . Estabelece orientações básicas aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre os procedimentos mínimos para a realização de Acordos de Cooperação Técnica para a criação das unidades do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) previstos no art. 7º do Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009. <b>Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil</b> . Poder Executivo, Brasília, DF, 13 ago. 2012. Seção 1. p. 57.
<b>Acordo de Cooperação Técnica nº 08/2011, de 15.07.2011</b> – da SRH/MP. Para a criação da unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS/UFG. Previsto no Art. 7º do Decreto 6.833, de 29.04.2009.	BRASIL, <b>Extrato de Acordo de Cooperação Técnica</b> . <b>Diário Oficial da República Federativa do Brasil</b> . Brasília, DF, 19 jul. 2011. Seção 3, p. 132. Disponível em: < <a href="http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=3&amp;pagina=132&amp;data=19/07/2011">http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=3&amp;pagina=132&amp;data=19/07/2011</a> > Acesso em: 15 Nov. 2013.
<b>Portaria Normativa nº 3, de 25 de março de 2013</b> – da SGP/MPOG - Institui as <b>diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal</b> visando a orientar aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC).	BRASIL, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. <b>Portaria Normativa 3 de 25/03/2013</b> . Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC. <b>Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil</b> . Poder Executivo, Brasília, DF, 27 mar. 2013. Seção 1. p. 77.



A partir da Constituição de 1988, foram instituídas as diretrizes para a atenção à saúde do trabalhador e, por implicações do Direito do Trabalho e do Direito Administrativo, configurou-se uma situação dupla, na qual seria necessária uma legislação específica para tratar da saúde do servidor público. Com o tempo, o trabalhador celetista foi contemplado com vários itens da atenção à saúde do trabalhador, o que não aconteceu com o servidor público, regido pela Lei nº 8.112, de 1990 (Regime Jurídico Único), causando vários transtornos e prejuízos ao próprio servidor e à sociedade, devido ao alto índice de absenteísmo e de ações trabalhistas.

Essa situação perdurou até 2006, quando se iniciaram as discussões que envolveram as áreas de recursos humanos dos órgãos federais e os técnicos do serviço de saúde, em torno da construção coletiva de uma política de saúde do servidor, estruturada em um Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (Siass) e como política nacional que viesse preencher essa lacuna. Dessa forma, por meio do Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor (Desap), iniciou-se a construção da política, culminando com o Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009, da Presidência da República, que veio instituir o Siass e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor (Cgass), no âmbito do MPOG.

De acordo com esse decreto, o Siass é um subsistema que veio compor o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (Sipec), criado anteriormente pelo Decreto nº 67.326, de 5 de outubro de 1970, e que, as propostas de criação, jurisdição e funcionamento de suas unidades nos diversos órgãos que compõem o Sipec deverão ser deliberadas pelo Cgass/MPOG.

Isso representa uma parte da construção da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal (Pass), alinhada com a política de saúde do trabalhador, por meio de um subsistema integrado, e na perspectiva da integralidade da assistência, com orientação para três eixos principais: vigilância e promoção à saúde com ênfase na prevenção de riscos e agravos, perícia oficial e assistência.

O Siass tem como objetivo:

Coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo (BRASIL, 2009b, p. 1).

Na sequência cronológica da normatização e de forma alinhada com a Pass, em 25 de maio de 2009, a Presidência da República publicou o Decreto nº 6.856, regulamentando o

art. 206-A da Lei nº 8.112, de 11.12.1990, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos federais civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, quanto à realização dos exames médicos periódicos.

Esse decreto, visando à preservação da saúde dos servidores, em função dos riscos existentes no ambiente de trabalho e de doenças ocupacionais ou profissionais, regulamenta os termos e as condições de realização da avaliação clínica e dos exames laboratoriais aos quais o servidor deverá ser submetido. Entre as determinações encontra-se a definição dos exames e dos prazos de sua realização: bienal para os servidores entre 18 e 45 anos; anual para os servidores com idade acima de 45 anos e, ainda, anual ou em intervalos menores, para os servidores cujas atividades os deixem expostos a riscos que possam implicar o desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional ou profissional e para os portadores de doenças crônicas. Fixa também, em períodos semestrais, os exames médicos para os servidores que operam com raios X ou com substâncias radioativas.

A Portaria Normativa nº 4, de 15 de setembro de 2009, da SRH/MPOG, estabeleceu as orientações para a aplicação desse decreto, quanto à abrangência, ao planejamento e à execução dos exames (BRASIL, 2009c).

Outro documento de regulamentação da execução dos exames médicos periódicos foi a Portaria nº 783, de 7 de abril de 2011, também da SRH/MPOG, que estabeleceu o uso obrigatório do módulo Siape-saúde para registro dos resultados, visando à vigilância epidemiológica e à melhoria dos processos e ambientes de trabalho, com a garantia do sigilo e a segurança das informações individuais (BRASIL, 2011).

Ainda no ano de 2009, no dia 30 de julho, foi publicada pela SRH/MPOG a Portaria Normativa nº 3, que “Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (Sipec) sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas e dá outras providências” (BRASIL, 2009d. p.1).

Esta norma foi revogada pela Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, mantendo intactos os seus artigos, exceto os de número 26 e 27 da seção referente ao auxílio. No art. 26, fez a junção dos parágrafos primeiro e segundo em um parágrafo único, sem alteração de conteúdo. O art. 27 recebeu um parágrafo único, regulamentando os planos de saúde contratados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3.6.1998.

Por essas portarias, a SRH/MPOG determina que a assistência médico-hospitalar e odontológica aos servidores, aos seus dependentes e aos pensionistas deverá ser prestada pelo SUS e, de forma suplementar, por operadoras de plano de saúde, mediante convênio de

autogestão ou contrato, através de serviço prestado diretamente pelo órgão, ou ainda por ressarcimento, em caráter indenizatório, normatizando a concessão do benefício.

Como forma de cumprimento dessa determinação, a UFG, por meio da Circular nº 006/2009, de 5 de agosto de 2009, de seu Departamento de Pessoal (DP), tornou público o benefício, informando que, com base na portaria, os servidores que optaram por convênio particular com operadoras de assistência à saúde, exceto os optantes pelo convênio com a Fundação de Seguridade Social (Geap) e com a Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde (Capesp), terão direito a auxílio indenizatório, por meio de ressarcimento e dá outros esclarecimentos. Entre eles, determina os prazos para cadastramento de dependentes e de entrega mensal de comprovantes de pagamentos dos planos (UFG, 2009).

Outro documento que veio para regulamentar a concessão dessa assistência foi a Portaria Conjunta SRH/SOF/MP nº 1, de 29 de dezembro de 2009, estabelecendo os valores da participação da União no custeio dessa assistência ao servidor e aos demais beneficiários de que trata a Portaria nº 3, de 30.7.2009, e os procedimentos a serem adotados pelos órgãos que compõem o Sipec, relativos à participação da União nesse custeio, bem como os valores *per capita* a serem observados a partir de 1º de janeiro de 2010, para fins de ressarcimento.

A instituição da assistência suplementar, embora marque o início do processo de implantação de medidas efetivas de atenção à saúde do servidor como parte da Pass, apresenta efeito contraditório com as diretrizes da política, como poderá ser visto a seguir, pois, com a expansão do acesso à assistência à saúde, percebe-se uma tendência do servidor da UFG ao baixo compromisso com o autocuidado e ao aumento do interesse pelas formas de recebimento dos adicionais ocupacionais; e estes, por sua vez, demonstram um meio de monetarização do risco, o que vem confrontar com a ideia de ambientes e processos de trabalho saudáveis, propostos pelas diretrizes da política.

[...] a política é não pagar insalubridade [...] o nosso colega servidor, ele quer receber insalubridade, porque, teoricamente, ele está ganhando até 20% a mais no salário. Alguns [...] dizem: eu quero sair de lá porque me tiraram a insalubridade. [...] quando a gente tenta argumentar: [...] Ele diz: não, mas, eu quero ir pra tal lugar porque lá recebe. [...] Quanto você acha que você gastaria pra fazer um tratamento de câncer? Ele responde: não, o plano de saúde cobre (Membro da coordenação de implantação).

[...] em 2011 foi feita uma aquisição de EPIs e eu sei, porque a pessoa me falou que ele recebeu o EPI, mas que é muito complicado trabalhar com aquilo, que ele nunca usou, que ele tem 20 anos de laboratório e ele nunca precisou usar um EPI. Nunca sentiu nada, que não, que ele toma cuidado e que não precisa (Membro da coordenação de implantação) [...]

Em seguida, foi publicada a Portaria Normativa nº 3, de 7 de maio de 2010, da SRH do MPOG, que, além de estabelecer orientações básicas aos órgãos e entidades do Sipec sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor (Noss), determinou que a SRH do MPOG, por meio do Desap, acompanhasse sua aplicação e definiu as diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e de promoção à saúde do servidor.

A Noss, criada por esta portaria como ato de regulamentação da Pass, é um instrumento que serve de orientação para o desenvolvimento de serviços e de ações inerentes às áreas de vigilância e promoção à saúde do servidor público federal. Tem o caráter normatizador de uma política transversal, cuja implantação deve ser descentralizada, coletivizada e por meio de gestão participativa dos atores, mantendo o foco na integralidade da assistência proposto pela política.

O aspecto da implantação coletiva da política, atestam-no as palavras de um dos membros da coordenação de implantação: “O Siass, o tempo todo, [...] em todo momento, é impressionante, o coletivo está presente. [...] foi coletiva a construção.”

Sua base de sustentação está na inter-relação entre os três eixos que compõem o Siass, sob a concepção de que as ações aconteçam de forma que elas priorizem a prevenção dos riscos à saúde, a avaliação ambiental e a melhoria das condições e dos processos de trabalho, visando à ampliação da autonomia e do protagonismo dos servidores.

A portaria tem o objetivo de trazer as diretrizes principais que devem nortear a implantação das ações, quais sejam: universalidade e equidade; integralidade; acesso à informação; participação dos servidores; regionalização e descentralização; transversalidade, intra e intersetorialidade; cogestão; embasamento epidemiológico; formação e capacitação; transdisciplinaridade e pesquisa-intervenção (BRASIL, 2010c).

Determina como estratégias principais para a implantação: a avaliação dos ambientes e processos de trabalho; o acompanhamento da saúde do servidor e ações educativas em saúde, pautadas pela metodologia pesquisa-ação, que terão entre os instrumentos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação, o conhecimento e a percepção que os servidores têm do processo de trabalho e dos riscos ambientais. E dá, como garantia financeira para a execução, os recursos próprios de cada órgão que compõe o Sipec e/ou do MPOG.

Portanto, a Pass é fruto de uma proposta de construção coletiva iniciada em 2008 pelo MPOG, em relação à qual a UFG se manifestou prontamente, não só participando de eventos organizados pelo Governo Federal para a discussão do assunto, como também, ela

própria, tomando a iniciativa de proporcionar momentos importantes nesse sentido, juntamente com o IF Goiano e do IFG. Tanto no Estado de Goiás quanto na UFG, a construção da política também começou em 2008, tendo à frente a Pró-Reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária (Procom) da UFG, que, com os institutos, identificaram a possibilidade de existirem duas unidades do Siass no Estado de Goiás.

Tudo começou em 2008, [...] voltado para os assuntos relativos à saúde coletiva e com experiência em gestão [...] adquirida em outras instituições, participei de vários eventos. [...] se você imaginar que o primeiro seminário foi em setembro de 2008 e a gente fechou em julho de 2011 (Membro da coordenação de implantação).

Diante das diretrizes apresentadas e visando à materialização das normas, a UFG articulou-se e elaborou, em 2010, o Projeto de Criação e Implantação da Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor. Em espaço cedido pela universidade, criou-se, então, uma unidade do Siass, chamada Siass-UFG, como forma de implementação da Pass deflagrada em 2008 pelo MPOG, propondo como sede dessa unidade a UFG, por se tratar de instituição maior e com melhor estrutura, e como seu gestor, um servidor escolhido do quadro de pessoal da universidade.

Faz parte desse projeto um plano, que, além de descrever a formação do Siass-UFG, a caracterização e identificação dos partícipes (UFG, IFG e IFGoiano), a justificativa, os objetivos, a vigência e as ações propostas, entre outros, propõe que a Unidade Siass-UFG seja destinada à realização de ações que venham contribuir para a construção da Pass, rompendo com a lógica da fragmentação e setorização das ações e dos serviços, superando os desafios da implantação de uma política de atenção à saúde que tem como público-alvo os servidores ativos das instituições partícipes.

Quanto à escolha das instituições para a formação das unidades de Siass, a omissão por parte da Noss fez que, no caso da Unidade Siass-UFG, o critério dessa escolha acontecesse pelo perfil, pela afinidade e pelas peculiaridades, conforme as palavras de um dos membros da coordenação de implantação: “[...] Foi pelo perfil mesmo, não existiu uma legislação para isto. [...] deixou a critério do Grupo e Trabalho (GT) identificar os parceiros para se constituir as unidades do Siass [...]”.

O mesmo projeto justifica ainda a escolha dos institutos para compor o Siass-UFG, pelo fato de, além de se tratar de instituições com o mesmo perfil (educacional), representarem cerca de 50% do contingente aproximado de 20.251 servidores lotados nos 27 órgãos da Administração Pública Federal existentes no Estado de Goiás. Isso, em números aproximados de 2010, significa: dos 20.251 servidores, 11 mil pertencem à Educação e, destes, 6 mil são ativos (SIASS-UFG, 2010).

No caso da escolha do coordenador da implantação, o conhecimento em saúde coletiva foi preponderante. Quanto ao órgão – Pró-Reitoria – ao qual a unidade deveria estar ligada, também não houve determinação pela norma. A decisão foi tomada segundo o entendimento dos gestores.

Retomando a sequencia de documentos elaborados para o atendimento das diretrizes da Noss, a Prodirh divulgou para as unidades e órgãos da UFG as orientações para o processo de criação e funcionamento das Comissões Internas de Saúde do Servidor Público (Cissp) da UFG, cujos objetivos e atribuições estão previstos na Portaria nº 3, de 7 de maio de 2010. De acordo com essas orientações, cada unidade/órgão deverá constituir a sua própria comissão, que deverá ser composta por, no mínimo, um servidor de cada curso de graduação e de cada laboratório, com a finalidade, entre outras, de buscar a melhoria do ambiente de trabalho e de elaborar mapa de risco.

Ainda, de acordo com essas orientações divulgadas pela Prodirh, estão as regras de formação, desempenho e atribuições das comissões de segurança biológica da UFG, encarregadas, como o próprio nome já diz, de elaborar a política de segurança biológica, bem como os códigos de procedimentos em ambientes da UFG em que haja exposição a agentes maléficos à saúde, além de determinar que um membro dessa comissão deve participar da Cissp como forma de contribuir para a segurança e saúde do servidor da unidade/órgão à qual está vinculado.

Depois dessa extensa normatização, no ano de 2011, em atendimento ao art. 7º do Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009, a UFG, por meio do Acordo de Cooperação Técnica nº 8/2011, de 15 de julho de 2011, da SRH/MP, criou a unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal/UFG (Siass-UFG), composto por três instituições públicas federais de ensino do Estado de Goiás: a Universidade Federal de Goiás (UFG), órgão sede da unidade, o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás (IFG) e o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano (IFGoiano).

Recentemente, para fazer parte do conjunto de documentos regulamentadores da política de saúde do servidor, foi publicada a Portaria Normativa nº 3, de 25 de março de 2013, da SGP/MPOG, que, complementando as diretrizes gerais orientadoras das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde de 2010, “institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, visando orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (Sippec)” (BRASIL, 2013b, p. 80).

Essa portaria é um documento que veio servir de subsídio para as políticas e projetos de promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho do servidor público federal, mantendo os princípios e as diretrizes propostos pela Noss e possibilitando maior efetividade às ações implantadas pelas áreas de gestão de pessoas, de saúde e de segurança no trabalho. Determina a inclusão das ações no planejamento gerencial dos órgãos ou das instituições que compõem o Sipec, de acordo com os seguintes princípios: universalidade e equidade; integralidade das ações; acesso à informação; descentralização; comunicação, formação e capacitação.

Quanto à concepção, essa portaria segue a orientação da Noss, de prioridade pela prevenção dos riscos, agravos e danos à saúde do servidor, com destaque às ações que priorizem a educação em saúde, ao estímulo dos fatores de proteção da saúde e ao controle de determinadas doenças, como forma de contribuição para a mudança do pensamento voltado para a doença e para a demanda espontânea. Determina ainda que as ações de promoção à saúde do servidor devem ter as seguintes finalidades: construir uma cultura de valorização da saúde que reduza a morbimortalidade por meio de hábitos saudáveis de vida e trabalho, utilizando de abordagens coletivas que possam influenciar ou modificar hábitos individuais e culturas organizacionais que favoreçam a convivência, a saúde, a autonomia, as competências e as habilidades dos servidores.

A sua concepção parte de premissas tais como: multideterminação da saúde; abordagem biopsicossocial; ambientes de trabalho saudáveis; relação entre atenção à saúde e gestão de pessoas; humanização da atenção à saúde. Adota como base para fundamentação das ações: dados epidemiológicos e avaliações das condições, da segurança e dos processos de trabalho, que servirão de insumos para a transformação e melhora do nível de saúde e das condições de vida dos servidores e de ferramenta de monitoramento para avaliar os impactos na relação saúde-doença e trabalho.

Essa norma estabelece que as iniciativas devam ter os seguintes objetivos: estimular a oferta de ações de educação em saúde e promoção da saúde junto aos servidores; propiciar ambientes de trabalho saudáveis, por meio do envolvimento de servidores e gestores; melhorar a compreensão da determinação do processo saúde-doença; intervir nos determinantes do processo saúde-doença e no adoecimento nos aspectos individual e das relações coletivas do ambiente de trabalho; e contribuir para a melhora da qualidade de vida dos servidores, por meio de equipes multiprofissionais no âmbito do Siass.

Portanto, essa última portaria veio gerar outros documentos por parte dos órgãos que compõem Sipec, como forma de respostas locais às determinações. Em se tratando da

UFG, no quesito incluir as ações no planejamento gerencial, existem documentos que indicam o cumprimento desse item, demonstrando inclusive que se antecipou proativamente, se for considerado que a norma é de 2013 e esses documentos são de 2011.

No seu Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI/UFG) 2011-2015, as metas e ações estão estruturadas em nove eixos principais. O eixo 5 engloba Planejamento, Administração e Gestão de Serviços e Pessoas (UFG, 2011c).

O Relatório de Autoavaliação Institucional 2011-2012, publicado em março de 2013, aborda os resultados da autoavaliação institucional por meio da percepção dos grupos focais das unidades acadêmicas e dos estudantes de graduação no ano de 2011, sob 10 dimensões. A de número 5 trata das políticas de pessoal, de carreiras do corpo docente e corpo técnico-administrativo, de seu aperfeiçoamento, de seu desenvolvimento profissional e de suas condições de trabalho (UFG, 2013c).

Existe ainda o Relatório de Gestão 2011, documento apresentado anualmente aos órgãos de controle interno e externo do Governo Federal, para fins de prestação de contas ordinária, conforme obriga a Constituição Federal. O relatório “descreve as principais ações desenvolvidas e os resultados obtidos, bem como os aspectos mais relevantes da vida universitária em consonância com as orientações emanadas pelo TCU e CGU” e “fornece um quadro bastante representativo dos frutos resultantes dos recursos que foram aplicados, sobretudo pelo poder público, na instituição” (UFG, 2012, p. 15).

Nesse documento, na seção de ações relativas ao Desenvolvimento Institucional e Recursos Humanos, pode-se verificar um demonstrativo dos objetivos, das metas para 2011 e das metas alcançadas em 2011 pela Prodirh, cuja missão é: “Promover o desenvolvimento humano e institucional da UFG por meio da gestão: (a) do planejamento, (b) da avaliação, (c) da informação e (d) dos talentos humanos, dando suporte aos projetos estratégicos da UFG” (Idem, 2012, p. 88).

Como se pode notar foi utilizado um roteiro para estudar essa categoria de análise, que compreende a descrição da norma principal e de suas regulamentadoras, em blocos, que seguiram a ordem cronológica da principal; em seguida, o documento gerado pela UFG como forma de atendimento. Isso facilitou a percepção de que a UFG teve um comportamento de “reação” a cada norma estabelecida pelo Governo Federal, criando seus próprios documentos como forma de atender às determinações.

Diante de todo o elenco de normas apresentado, é oportuno resgatar os conceitos atuais de promoção e vigilância à saúde, vistos anteriormente, nos quais se encontra uma noção de caráter positivo, que abandona os comportamentos desumanos e medicalizados e



propõe uma mudança para o paradigma da saúde. Enfatiza a qualidade de vida e provoca uma consequente redefinição do objeto da atenção que, antes, se orientava somente pelos efeitos dos problemas de saúde e, agora, agregam a estes as causas das doenças, colocando o indivíduo no centro da atenção. Os fatores que possam originar, desenvolver ou contribuir para os problemas de saúde de um indivíduo são considerados associadamente, levando-se em conta que este indivíduo é sujeito de um processo em um contexto de vida e de relações e não isolado, cujas políticas devem intervir nos danos e riscos, privilegiando os problemas que necessitem de acompanhamento e articulando ações promocionais, preventivas e curativas.

Sendo assim, analisando a pertinência dos conceitos com a normatização da Pass, encontra-se ainda resquícios de comportamentos antigos que descaracterizam a nova proposta que norteia as ações de promoção e vigilância à saúde, como a questão do modo como as pessoas priorizam as suas necessidades e como os setores responsáveis pelas ações ainda enfatizam ações assistenciais, que desviam o foco da saúde para o da doença, com forte presença da monetarização do risco.

### **3.3 Setores responsáveis pela coordenação da implantação**

Para analisar este item, serão considerados “[...] os chamados ‘atores políticos’, que são todos os que têm algo a ganhar ou a perder com as decisões relativas a uma política. Por isso, os atores políticos são sempre específicos e nunca entidades genéricas como ‘a sociedade’ ou ‘o governo’” (RUA, 1998, p. 4). Portanto, são pessoas que estão envolvidas com a política. No caso da Pass, foi estabelecido que a responsabilidade pela implantação deveria ocorrer de forma compartilhada entre seis atores fundamentais seguintes:

- 1- Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor (Cgass);
- 2- Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor (Desap);
- 3- Dirigente do Órgão ou Entidade e Gestor de Pessoas ou de RH;
- 4- Unidade do Siass;
- 5- Equipes multiprofissionais vinculadas ao Siass;
- 6- Servidor.

Analisando a presença desses atores, encontra-se, primeiramente em cenário nacional, como já foi citado anteriormente, o Cgass e o Desap, que foram criados em abril de 2009 e se encarregam da coordenação da implantação da política para todos os servidores que compõem o Sipec.

Outro elemento importante na implantação da Pass são as unidades do Siass para todos os servidores públicos do Brasil que compõem o Sipec, instituídas pela Portaria

Normativa nº 3, da SRH/MPOG, de 7 de maio de 2010, e criadas a partir de acordos de cooperação técnica. Na UFG, isso aconteceu em 2011, mas somente a partir de 2012 é que, efetivamente, teve início todo o processo de “montagem” do Siass-UFG, como diz um dos membros da coordenação do Siass: “[...] na verdade, foi a partir daí (2012) que a gente cria o Siass na perspectiva designada pelo MPOG, com seus três eixos funcionando, efetivamente”. Esse processo segue a proposta da Pass e do MPOG, que ainda se encontra em construção, devido a vários fatores de ordem de gestão, financeira e de recursos.

Considerando que a implantação é uma etapa dinâmica que deve ocorrer de forma compartilhada entre os atores relevantes, no seu transcurso pode-se deparar com obstáculos devidos ao processo de interação entre a determinação de objetivos, as ações empreendidas para atingi-los e as influências sofridas por circunstâncias externas sobre os agentes planejadores e implementadores. Essas influências podem ser de várias ordens: adequação, suficiência e disponibilidade de tempo e recursos; característica da política em termos de causa e efeito, vínculos e dependências externas; compreensão e especificação dos objetivos e tarefas; comunicação; coordenação e obediência (RUA, 1998).

No caso da UFG, a interferência do item “compreensão dos objetivos” teve um peso importante na posição dos gestores, os quais, como atores importantes na coordenação, demonstraram dificuldade inicial de atuação em relação ao novo paradigma da saúde do servidor. Houve um desencontro de opiniões que levou a rompimentos e mudanças de destinos no início da implantação. Alguns não concordaram com a fragmentação do cuidado, ou seja, que a política atendesse somente a servidores, por entenderem que os ambientes de trabalho comportam servidores, trabalhadores terceirizados e alunos e que, em se tratando de cuidado com a saúde do trabalhador, com base, entre outros, no cuidado com os ambientes organizacionais, as ações desse cuidado deveriam estender-se a todos.

[...] a saúde estudantil ficou com a PROCOM e a do servidor ficou com a Prodirh. Não concordo com a fragmentação da atenção, pois, a universidade, em se tratando de instituição que possui estudantes, servidores e terceirizados, não acho correto realizar o cuidado somente com o seguimento dos servidores, sendo que estão no mesmo ambiente de trabalho (Membro da direção da instituição).

Em relação a isso, pode-se dizer que é uma ideia que diverge dos objetivos da política e do Siass. A política é para os servidores públicos federais civis que compõem o Sipec e não para a comunidade universitária. Os estudantes devem, sim, ter assistência, mas constante da política social da instituição, e a dos terceirizados é de responsabilidade da sua organização de origem. Vale lembrar ainda que, estando no mesmo ambiente de trabalho e

havendo uma política de melhoria desses ambientes, eles serão indiretamente beneficiados, mas a Pass deixa bem claro qual é o seu público-alvo.

Outro fator que interfere na atuação dos dirigentes e, portanto, na definição da coordenação e no curso da implantação é o que Rua (1998) coloca como “coordenação e obediência”. A omissão da Noss em não especificar o lugar que deve ocupar a unidade do Siass na estrutura organizacional das instituições e órgãos do Sipec provocou uma dificuldade que gerou, na UFG, um conflito de entendimento, o que demandou tempo, várias discussões e impactou, de forma importante, o curso da implantação. A norma considera a característica organizacional da maioria dos órgãos que compõem o Sipec e não leva em conta que as universidades são diferentes. Nas palavras de um dos membros da direção da instituição, “[...] antes, estas questões de saúde eram vinculadas à Procom, me parece que há cerca de 6 meses, há menos de um ano, foram transferidas para a Prodirh [...]”

Diante disso, foi necessário buscar um consenso entre as pessoas que estavam à disposição do Siass-UFG, sobre a localização da unidade no plano organizacional da universidade. Depois de várias discussões e contatos com a Procom e a Prodirh, ficou decidido que esta seria a Pró-Reitoria mais adequada para encampar o Siass. Embora tenha sido feita essa identificação, o Siass-UFG ainda não tem sua localização definida no organograma da universidade. Esse assunto faz parte da discussão de elaboração do novo estatuto da UFG, que está em andamento. Portanto, essa é uma situação nova, que não tem uma orientação da Noss e trouxe consequências que dificultaram a implantação da unidade.

Sobre a localização da unidade no plano organizacional da universidade, diz um dos membros da coordenação de implantação:

Nesse período, então, eu já fui fazendo contatos também com a Pró-Reitoria de Recursos Humanos (Desenvolvimento Institucional e Recursos Humanos), até por entender que o assunto saúde do servidor é mais pertinente a recursos humanos do que a assuntos da comunidade acadêmica, na forma como a universidade se estrutura.

[...] ficou muito claro para todos os envolvidos que o lócus mais adequado pro Siass não era a Procom e sim a Prodirh. Então, por consenso de entendimento, saímos da Procom e nos colocamos na Prodirh, com o apoio das duas pró-reitorias, dos dois pró-reitores.

[...] é dentro desta perspectiva do novo estatuto que a gente pretende colocar o Siass no organograma, mas a discussão já está feita. Então ele deve ficar mesmo dentro da Prodirh, ligado à Prodirh, mas não dentro da universidade. Porque ele é ligado, na verdade, ao MPOG.

Além desse aspecto, do ponto de vista da gestão, para que haja bons resultados, é necessário que estejam claros para todos os participantes o lócus e a dinâmica das relações de trabalho dentro da organização, ainda que seja uma organização pública, que não visa ao

lucro, mas que espera resultados. Ou seja, deve estar claro de onde deve vir o suporte administrativo e como fica a dinâmica organizacional quanto à relação com os demais níveis de gestão de uma organização, para que se consiga os resultados esperados, que, em se tratando da UFG, a saúde do servidor pode ser representativa para a sociedade que o mantém, pelo baixo índice de absenteísmo que pode provocar e, conseqüentemente, pela diminuição nos gastos com o adoecimento, além de melhora na qualidade do atendimento à comunidade, para o qual o serviço existe.

Prosseguindo com a identificação dos atores da coordenação compartilhada da implantação, encontra-se a equipe multiprofissional ligada ao Siass. Este também se constitui em um obstáculo: a disponibilização de pessoas para a formação da força de trabalho do Siass-UFG, tem sido um desafio importante, desde a primeira normativa que aconteceu em 2010. Há um grande esforço por parte das pessoas lotadas no Siass, e, portanto, responsáveis diretos não só pela coordenação da implantação, como também pela execução do programa, em razão do número reduzido de profissionais para atender a um universo considerável de servidores, de aproximadamente 8 mil, dos quais 6 mil são da UFG (SIASS, 2010).

[...] desde antes da assinatura (do termo de cooperação técnica) que a gente vem nessa construção de como que se irá estruturar uma unidade do Siass, num universo, onde só a UFG é de quase 6 mil pessoas, a gente estima que chegue em torno de 8 mil servidores nas três instituições, como estruturar isto, sem força de trabalho (Membro da direção da instituição)?

[...] Nós temos uma equipe de peritos, que, na verdade, pelos cálculos do MPOG, um Siass com o porte da nossa unidade deveria ter pelo menos 30 servidores ou 30 funcionários, certo? Hoje nós estamos [temos] por volta de 12 funcionários efetivamente lotados aqui (Membro da coordenação do Siass-UFG).

Essa dificuldade de composição da equipe técnica do tamanho ideal e com os profissionais necessários acontece devido a vários fatores, entre eles: falta de isonomia salarial entre as três instituições, acúmulo de funções e falta de concurso público para provimento de vagas. Seu impacto pode ser notado na execução de novos projetos propostos e na questão de encampar ações que anteriormente eram realizadas isoladamente, além de acarretar desmotivação e sobrecarga de trabalho nas pessoas designadas para o Siass. Portanto, considerando os principais atores da implantação da política de saúde dos servidores da UFG, fica muito claro que a equipe multiprofissional apresenta deficiência quanto ao número e à especialidade dos profissionais que a compõem, conforme diz um membro da coordenação de implantação: “[...] a principal fraqueza é a ausência de um quadro técnico do tamanho necessário. Esta pra mim é a principal fraqueza.” “[...] nós precisamos de cargos que não temos. Precisamos de profissionais que não dispomos deles.”

Quanto aos servidores, considerados protagonistas da política, talvez seja cedo para identificar sua atuação na implantação, por se tratar de assunto muito recente, que a maioria ainda não conhece. Muito ainda há que ser feito para que o Siass tenha a devida visibilidade dentro e fora da UFG. É necessário que, para que se tenha o resultado esperado, o servidor tenha o devido conhecimento da Pass, das normas que a regem e de toda a dinâmica dos projetos e serviços de atenção à saúde do servidor.

[...] a falta de perceber qual é o papel do Siass [...] Até hoje, eu diria pra você que talvez 70% da universidade não saiba que este ressarcimento (do plano de saúde) é uma política do subsistema. Então, o quê que é o Siass na verdade? As pessoas vão pensar ainda em junta médica. Coisa que nem existe mais, mas vão pensar em junta médica, como se a única coisa de saúde que se vê é a junta médica (Membro da direção da instituição) [...]

Portanto, a coordenação da implantação das ações de vigilância e de promoção da saúde do servidor da UFG tem enfrentado diversos obstáculos inerentes à implantação de uma política e que são mais presentes ainda, quando se trata de política de saúde que envolve importantes mudanças de paradigmas e de comportamentos.

Fazendo um breve resumo deles e de que forma afetam o processo de coordenação, é necessário levar em conta que um fator limitante na tomada de decisões por parte desses atores sobre as ações de políticas públicas são os recursos disponíveis. No caso da UFG, particularmente, está a dificuldade de composição da força de trabalho do Siass, ou seja, o recurso “pessoas” é um grande dificultador. A equipe multiprofissional, a de peritos e a de apoio são deficitárias em número e em diversidade de profissionais, o que retarda o acontecimento das ações e prejudica o cumprimento das diretrizes da Noss.

Outro desafio é a falta de autonomia financeira, ou de recurso financeiro, causada, entre outros, pela omissão da Noss quanto ao lócus da unidade do Siass na estrutura organizacional da UFG, que traz como desdobramento ainda, a falta de clareza sobre a dinâmica das relações de trabalho. Essa situação interfere, diretamente, na elaboração de todo o plano de trabalho dos coordenadores.

Ainda pode ser citada como desafio a necessidade de mudança de comportamento tanto dos servidores como dos gestores locais. Esse é um problema que se reflete no interesse pela educação em saúde; na proposta de construção de uma cultura de valorização da saúde e de redução da morbimortalidade, por meio de hábitos saudáveis de vida e de trabalho; na formação das Cissps e das comissões de segurança biológica; no uso de EPIs; no interesse pelos adicionais ocupacionais em detrimento do interesse por ambientes de trabalho saudáveis e outros.

Com a identificação dos setores responsáveis pela coordenação das iniciativas de implantação da política no âmbito da UFG, a próxima seção será utilizada para descrever a forma encontrada por esses atores de desenvolver o trabalho de implantação.

### **3.4 Processos e práticas de trabalho dos setores envolvidos na implantação das ações de vigilância e de promoção da saúde do servidor da UFG**

Sobre esses processos, é necessário colocar que, somente a partir de 2012 os atores do Siass-UFG começaram a sua construção como determina a norma e, portanto, ainda se encontram em fase de construção. Ou seja, há aproximadamente um ano vem sendo exercitada a mudança da prática das iniciativas que envolvem a saúde do servidor da UFG, principalmente a mudança do trabalho isolado para a do trabalho integrado e de forma conjunta, caracterizando uma atuação multiprofissional. Isto pode ser comprovado pelas palavras de um dos membros da coordenação da unidade, “É uma estruturação que mexe com tudo que existia anteriormente dentro da universidade.”

Para tanto, foram realizadas intensas discussões e atividades sobre a construção de fluxos de trabalho, que, usando da interdisciplinaridade e da gestão participativa, proporcionaram maior clareza para que os processos de trabalho do Siass-UFG se desenvolvessem. A proposta é de que, a partir disso, todas as ações sobre saúde do servidor da UFG tenham origem na sua unidade do Siass, como pode ser visto na declaração abaixo:

[...] a partir de março, nós começamos a atuar dentro da universidade e dos institutos, divulgando a necessidade de que todas as ações sejam realizadas a partir do Siass. [...] Nós tivemos que criar fluxos desde a coisa mais simples, que é a entrega do atestado médico pra que seja registrado no sistema e agendada a perícia, até os processos legais que chegam dos servidores, em diferentes espaços da universidade e que têm que passar pelo Siass (Membro da coordenação do Siass-UFG).

O processo de realização das ações sobre a saúde do servidor inicia-se quando é identificada uma necessidade, ou melhor, quando surge uma demanda em saúde, seja por solicitação do servidor, do gestor, dos formulários de avaliação aplicados em finais de cursos, dos dados no Programa de Gestão Estratégica (PGE), da avaliação institucional do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos (DDRH), da avaliação ambiental, das CISPs, das Comissões de Segurança Biológicas ou da própria perícia. Quando surge uma necessidade, ela é apresentada à equipe multiprofissional, que define o profissional ou a equipe de profissionais adequados para o planejamento e a execução da atividade. Nesse caso, o DDRH e a perícia são os que mais identificam as necessidades de ações. O primeiro, porque é o que está em contato direto com o servidor e com os gestores diretos (diretores de órgãos e

de unidades acadêmicas), e a segunda, porque por ela passam as pessoas que necessitam de algum tipo de avaliação médica, possibilitando importantes informações sobre a saúde do servidor, que, portanto, podem servir de insumos para as ações.

Assim também, quanto se trata de vigilância, promoção e acompanhamento: quando surge a demanda, a necessidade é verificada pela equipe multiprofissional, que encaminha para o profissional ou para a equipe de profissionais adequada, é elaborado um projeto e, ao final, verifica-se a necessidade de outro encaminhamento ou de encerramento da ação. Atualmente, existem ações tanto individuais (acompanhamento com psicólogo, nutricionista, assistente social) como coletivas (relaxamento e cursos de capacitação) que seguem o mesmo processo: apresentação do “problema”, verificação de necessidade, demanda e ação, como informa um dos membros da coordenação do Siass-UFG: “[...] hoje, dentro daquilo que nós vamos mapeando como problemas, a gente vai criando também propostas de ações.”

Especificamente no caso da avaliação ambiental, o Siass-UFG, por meio de sua equipe de vigilância e promoção à saúde, realiza inspeções técnicas nos diversos locais da UFG, a fim de identificar as atividades de trabalho de cada espaço e os riscos existentes em cada um deles, com vistas à avaliação ambiental. De posse dessa avaliação, apresenta aos gestores locais as providências necessárias para uma possível intervenção, como pode ser verificado no relato abaixo:

[...] fazendo inspeções técnicas junto aos servidores e assim identificando os riscos [...] Com estas informações, assim que conseguirmos identificar e conhecer todas as atividades existentes nos ambientes de trabalho de cada espaço, elaboramos a avaliação ambiental e apresentamos junto aos diretores as demandas necessárias, para realizarmos as intervenções, de acordo com a legislação pertinente (Membro da equipe de vigilância).

Quanto ao DDRH, além das situações que geram demandas novas, possui algumas ações que já se encontravam em andamento antes do evento SIASS, cujos projetos foram elaborados por ele e hoje encontra dificuldades em transferi-las para o Siass em atendimento às novas diretrizes, devido à falta de profissionais daquela unidade, para executar

[...] há mais de dez anos, é que, independente do Siass, o DDRH vinha atuando com algumas ações que eram ações que visavam promoção e vigilância à saúde. [...] com a estruturação do Siass a gente hoje está tentando fechar parceria com o Siass pra que elas sejam encampadas pelo subsistema. [...] Difícil, porque eles não têm profissionais. Então, a gente cria um projeto, chega lá não tem quem executa (Membro da direção da instituição).

Finalmente, dos três eixos que compõem o Siass, a perícia em saúde, por suas especificidades, é o que melhor possibilita a visualização de um processo de trabalho propriamente, com começo, meio e fim dos procedimentos. É também o eixo que mais se

desenvolveu em relação este aspecto e se encontra em pleno funcionamento, apesar do número reduzido de sua equipe. Nas palavras de um dos membros da equipe de perícia, “[...] a perícia, funcionou antes, sem o “módulo”, de forma manual, depois com o módulo (eletrônico), que iniciou em setembro de 2010.” E, “Hoje, dos três eixos dos Siass, o que funciona é a perícia”.

Para isso, contou com uma ferramenta de referência muito importante – o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal – instituído pela Portaria nº 797, de 22 de março de 2010, que veio uniformizar a prática da avaliação pericial no serviço público. O manual vem acompanhado de um conceito de perícia em saúde pelo qual a avaliação pericial vai além do ato médico, elegendo como princípios: conhecimento técnico-científico, ética, sigilo profissional e documentos oficiais, além do respeito e a humanização nas relações entre gestor, perito, assistente e servidor, com o principal objetivo de promover saúde (BRASIL, 2010d). Um dos membros da coordenação do Siass-UFG corrobora esse conceito ampliado da avaliação pericial, que vai além do ato médico, dizendo: “[...] A noção que a gente tinha era o que era feito pela antiga junta médica. Ou seja, o servidor vinha, agendava uma perícia, aquilo era feito e pronto acabou o processo. E hoje é muito maior”.

Segundo o manual citado a cima, a perícia em saúde é um ato administrativo que acontece nos processos de licenças, remoções, aposentadorias, readaptações, nexos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, gerando importantes informações de saúde que fazem parte da base epidemiológica para as ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e para os programas de promoção à saúde, a fim de causar impacto na relação trabalho-saúde/doença.

Um membro da equipe de perícia relata que “[...] a perícia é o coração de tudo, dela partem a maioria das ações e todas as informações estão no Manual de Perícia [...]”.

A perícia é realizada por médico ou cirurgião-dentista, denominado perito oficial em saúde, formalmente designado para análise da capacidade laboral do servidor, estabelecendo a correlação entre seu estado mórbido e sua capacidade laborativa e entre a morbidade e o trabalho. Dependendo do caso, a perícia será realizada por um perito oficial singular em saúde ou por junta oficial em saúde (Idem, 2010d).

De acordo com o manual, o processo de realização da perícia em saúde no Siass-UFG obedece a uma dinâmica para os variados fins a que faz jus. Utilizando como exemplo a justificativa de faltas ao trabalho, ela inicia-se com a apresentação de um atestado médico, que somente será aceito se emitido por médico ou cirurgião-dentista assistente, sendo que a



avaliação da capacidade laborativa por motivos odontológicos se restringe ao complexo bucomaxilofacial.

A solicitação é registrada no sistema Siape-Saúde, que já informa se o caso é de perícia ou não e, em caso afirmativo, se a perícia deve ser singular ou por junta médica. Em seguida, é feito o agendamento. No momento da perícia propriamente, primeiramente é realizada a identificação do servidor, do seu local de trabalho, de sua função e de sua atividade real. Depois acontece uma anamnese completa, exame físico criterioso e a análise dos exames complementares, dos relatórios de especialistas e de outros profissionais de saúde, culminando com a decisão de se propor o número adequado de dias de afastamento para a recuperação da saúde.

Os elementos apurados são registrados em prontuário eletrônico do sistema informatizado Siape-Saúde e é lavrado um laudo pericial contendo apenas as informações necessárias aos assentamentos funcionais, em duas vias. Uma fica arquivada no prontuário “físico” do servidor no Siass-UF e outra fica com o servidor. Nesse sentido, o Siass-UFG inovou, enviando uma comunicação do afastamento, por *e-mail*, ao responsável pelo RH da unidade/órgão de lotação do servidor, a fim de agilizar o processo de registro funcional do servidor.

Uma outra ação que implantamos também é: quando o servidor entrega o atestado aqui, imediatamente, o responsável pelos recursos humanos da sua unidade recebe um e-mail comunicando que ele ficará afastado no período de tal a tal (Membro da coordenação do Siass-UFG).

Existem os casos de licença para tratamento de saúde em que o servidor é dispensado da perícia em saúde. Nesses casos, a solicitação de afastamento é feita ao Siass/UFG, em envelope lacrado, identificado e marcado como confidencial, constando o último dia de trabalho e telefone para contato. Em seguida, a licença é registrada no Siape-Saúde e comunicada à unidade/órgão de lotação para os procedimentos necessários. A entrada do pedido deverá ocorrer em um prazo máximo de cinco dias; caso ultrapasse esse prazo, haverá submissão à perícia.

Portanto, a definição dos processos e das práticas de trabalho dos setores responsáveis pela implantação das ações de vigilância e de promoção da saúde do servidor da UFG, com exceção da perícia, ainda dependem de uma organização que está em construção e adaptação devido ao curto espaço de tempo da política e do próprio Siass-UFG, embora tenha havido grande avanço nesse sentido, neste ano de efetividade do Siass-UFG.

[...] isto nos dá uma tranquilidade dizer que hoje nós já estamos com alguns fluxos bem claros. Estamos tirando o represamento que havia em várias ações que eram pertinentes ao Siass e que estavam represadas, porque não havia clareza de fluxos,

mas, obviamente, até hoje, a gente continua (Membro da Coordenação do Siass-UFG).

Recapitulando, fica constatado que importantes processos novos ou mudanças de procedimentos ocorreram nesse período de aproximadamente um ano de existência da unidade Siass-UFG, a partir da nova perspectiva:

- ✓ Todas as ações relativas à saúde do servidor envolvem o Siass;
- ✓ O trabalho em comissões isoladas dá lugar ao trabalho integrado de uma equipe multiprofissional;
- ✓ A construção de fluxos de trabalho para melhor visualização dos processos e das práticas das tarefas, com vistas a uma maior adesão das pessoas envolvidas e uma conseqüente otimização do trabalho;
- ✓ Adoção do método da pesquisa-intervenção. Nesse caso podem ser citadas as inspeções técnicas, seguidas do reconhecimento das atividades existentes em cada ambiente de trabalho para posterior identificação dos riscos ocupacionais e conseqüente intervenção de acordo com a legislação pertinente;
- ✓ Significante desenvolvimento dos processos de trabalho do eixo perícia em saúde.

Pensando no processo de elaboração do mapa de riscos ocupacionais, para fins de fundamentação da base epidemiológica da política, foi estabelecida a categoria de análise a seguir, que tratará dos fatores de riscos ocupacionais, a fim de descrever o que está sendo feito nesse sentido pelos responsáveis pela implantação da política na UFG.

### **3.5 Processos e ações de implantação da Política de Atenção à Saúde do Servidor**

A análise desta categoria demonstra que há uma construção dos processos e das ações de implantação da política, por consenso, na perspectiva do gerenciamento comum do planejamento normativo e do planejamento estratégico situacional, segundo as prioridades e as necessidades dos servidores e as diretrizes da política. Ainda deve-se considerar que se trata da construção de um órgão que vem ligar três instituições que, a princípio, eram isoladas, e a primeira ação efetivamente implantada foi a instituição da assistência à saúde suplementar do servidor.

Segundo relatou um dos membros da coordenação de implantação, “[...] a questão do benefício do plano de saúde foi anterior à constituição do Siass. [...] antes da oficialização, o plano de saúde já estava equacionado. Pra se ter uma ideia a contrapartida do plano de saúde é paga para o servidor, desde 2009”.

A instituição da assistência suplementar foi uma ação da Pass, mas somente a partir de 2010 é que se iniciou a normatização do programa de atenção à saúde do servidor. E, para caminhar nas diretrizes propostas, foi necessária uma elaboração minuciosa da implantação, mencionada anteriormente, que começou por procedimentos elementares, como a construção de processos burocráticos de consolidação de fluxos, de trâmites, até exercícios de “desova” de ações acumuladas. Tudo isso teve que acontecer paralelamente à formação da equipe, à definição do espaço físico, de mobiliário, e continua acontecendo ainda hoje. Ou seja, é a partir de 2012 que acontece a criação do Siass-UFG, verdadeiramente.

[...] efetivamente, neste período (greve/2012), a providência que mais nós conseguimos tomar foi a luta por um espaço físico para instalação do Siass: mobiliário, equipamento. [...] Porque, na verdade, foi a partir daí que a gente cria o Siass na perspectiva designada pelo MPOG, com seus três eixos funcionando, efetivamente (Membro da coordenação do Siass-UFG).

Conseguimos, em novembro, fazer um treinamento amplo para todos os peritos e pessoal administrativo, tanto de Goiânia, quanto do interior. Nós tivemos 16 municípios participando ou 16 locais. Porque, além da universidade ter também os campus avançados de Catalão, Jataí, Goiás, os institutos federais também trabalham mais no interior do que aqui na capital (Membro da coordenação do Siass-UFG).

[...] estes processos burocráticos de consolidação de fluxos, de trâmites, etc., tiveram que acontecer paralelamente à concretização de espaço físico, de mobiliário e de composição de equipe. [...] são três processos que tiveram que ocorrer paralelamente e estão ocorrendo, não estão acabados (Membro da coordenação do Siass-UFG).

[...] Outra providência que foi complexa, até pelo inusitado de se ter dentro da universidade um órgão ou um espaço que cuida de três instituições e não apenas da universidade, então, criar o domínio Siass dentro da universidade foi uma questão bastante complexa. [...] É uma estruturação que mexe com tudo que existia anteriormente dentro da universidade (Mem da coordenação do Siass-UFG).

Outra providência que se fez necessária para o encaminhamento das ações é o aumento da visibilidade do Siass-UFG. Para isso, alguns procedimentos estão sendo realizados como: o registro das ações no sistema informatizado disponibilizado pelo SIPEC e as estratégias de divulgação pela página da internet, feira do servidor, seminários, espaços reservados em cursos e outros. Sobre essa divulgação, diz um dos membros da coordenação da implantação do Siass-UFG: “[...] se não me engano, em setembro do ano passado, nós começamos a fazer evento de divulgação do Siass, porque ele ainda é um mito pra muita gente.”

A partir dessas iniciativas e na perspectiva da Noss, vários eventos estão, efetivamente, concretizando a implantação da atenção à saúde do servidor da UFG. Alguns aconteceram ainda de forma isolada, pela Prodirh e DDRH, como forma de consolidar ações da política de pessoal proposta pelo Plano de Desenvolvimento Institucional 2008-2012, com base nas demandas inseridas pelas unidades e pelos órgãos no Sistema do Programa de Gestão

Estratégica (SPGE). Outras iniciativas fomentaram as relações entre as instituições partícipes do Siass, buscando a valorização das pessoas, a integração e a otimização das ações, como forma de evitar o retrabalho e de conseguir maior eficácia, como é o caso dos dois seminários de integração institucional e das quatro edições da feira do servidor.

Dentro do eixo vigilância e promoção à saúde, encontram-se, entre outros, os esclarecimentos feitos pela engenharia do trabalho por ocasião da avaliação ambiental, em conversas pontuais com os servidores e gestores locais; o Programa de Qualidade de Vida no Trabalho (PQVT); e, em fase de elaboração, o projeto: Diálogos e práticas para um trabalho com saúde e qualidade de vida, em duas frentes: a) Interface trabalho – saúde coletiva e b) Interface saúde – qualidade de vida, ambos visando à educação em saúde do servidor.

Explica um membro da Equipe Promoção da Saúde: “Programa de Qualidade de Vida no Trabalho (PQVT), do qual faz parte o curso de capacitação intitulado Formação de Multiplicadores em Qualidade de Vida”.

[...] Neste sentido (educação em saúde), têm sido feitas campanhas, tanto por parte da engenharia do trabalho, que vai ao local fazer o mapeamento e a engenheira explica por que não tem (insalubridade), com as normas e tudo mais, até as conversas com os diretores, sempre que demandado, conversas no seminário. Então, a gente explica que o objetivo não é ter risco de saúde, e sim ter segurança no trabalho (Membro da coordenação de implantação).

Os “Diálogos” pretendem construir as ações, considerando as duas interfaces e as diretrizes de legislação. É uma proposta que está sendo construída através do compartilhamento de saberes e habilidades coletivas, inspiradas na multideterminação da saúde, abordagem biopsicossocial, interdisciplinaridade, gestão participativa, ambientes de trabalho saudáveis, relação entre atenção à saúde e gestão de pessoas e humanização na atenção à saúde. Princípios estes que já foram formalmente reconhecidos no âmbito da administração pública federal (Membro da comissão de promoção da saúde).

Outra atuação desta equipe está no acompanhamento e assessoramento das CISSPs, que são, como informado anteriormente, comissões internas de cada órgão/unidade da UFG. A elas cabe elaborar plano anual de trabalho e metas de ação com vistas à segurança e à saúde do servidor da UFG nos seus espaços ocupacionais.

No sentido de atingir o objetivo de estimular a oferta de ações de educação em saúde e promoção da saúde junto aos servidores, o primeiro semestre de 2013 foi contemplado com um vasto cronograma de capacitação coordenado pelo DDRH, nos formatos presenciais e a distância – Educação a Distância (EAD), como meio de favorecer a convivência, a saúde, a autonomia, as competências e as habilidades dos servidores.

Os eventos aconteceram em várias linhas: informática, línguas, gestão, financeira, técnica, administrativa, comunicação e saúde. O público-alvo é, prioritariamente, o servidor da UFG de Goiânia e do interior. São iniciativas que – partindo das premissas preconizadas

pela norma e fundamentadas, entre outros, na avaliação institucional, no plano de desenvolvimento institucional da UFG, em dados epidemiológicos levantados pela perícia em saúde, em solicitações da comunidade universitária e em dados SPGE –, buscam contemplar a construção da cultura de valorização da qualidade de vida e, conseqüentemente, da saúde. Essa construção, por meio de abordagem coletiva, pretende provocar mudanças individuais e, conseqüentemente, na cultura organizacional, impactando positivamente a convivência, a saúde, a autonomia, as competências e as habilidades dos servidores.

Ainda nesse viés, vale destacar a atividade recentemente iniciada pelo Siass-UFG, chamada Grupos de Relaxamento e Autoconsciência, cujo público-alvo são os servidores da UFG, IFG e IFGoiano. Essa atividade tem o objetivo de promover alívio de tensões, relaxamento, autoconsciência e auto-cuidado, por meio de exercícios de respiração, alongamento, concentração e consciência corporal. Foram criados três grupos que se encontram semanalmente na sede do Siass-UFG: um de servidores em estado de ansiedade, estresse, depressão, insônia, tensões musculares e temporomandibulares encaminhados pela perícia em saúde; outro de servidores em geral; e ainda, o de servidores do Siass-UFG.

O relato de um dos membros da Equipe de Promoção, diz: “No mês de abril/2013 o Siass-UFG iniciou uma atividade chamada “Grupos de Relaxamento e Autoconsciência”.

Considerando uma representativa demanda gerada pelo número crescente número de servidores da UFG em condições de solicitar aposentadoria, o Siass-UFG, por meio do DDRH, está realizando uma nova edição do Seminário de Preparação para Aposentadoria. A primeira versão aconteceu por ocasião do I Seminário Interinstitucional para Servidores das Ifes, realizado em novembro de 2011. A edição atual é denominada Seminário – Aposentadoria do Servidor Público e visa preparar o servidor para uma aposentadoria com maior qualidade de vida e, portanto, com melhores níveis de saúde.

Outras ações de capacitação nas linhas mencionadas anteriormente estão planejadas para o segundo semestre de 2013, com vistas à melhora da qualidade de vida e saúde dos servidores. Especificamente na linha saúde, as inscrições estão abertas para o curso de Estresse e Saúde Mental, no formato de ensino a distância (EAD), com alguns encontros presenciais.

A realização dos exames médicos periódicos é outra atividade delegada ao Siass, que está em fase de planejamento, devendo ser realizada inicialmente com os operadores de raios X.

De posse desse elenco de processos e ações de implantação voltadas para a atenção à saúde do servidor da UFG e, fazendo um análise da “reação” da UFG à

normatização, conclui-se que, das iniciativas descritas como previstas no planejamento, várias tiveram sucesso de execução, outras foram executadas parcialmente e outras ainda não conseguiram êxito devido a fatores como: falta de solicitação por parte das unidades/órgãos, greve dos servidores, dependência de pronunciamento de outras instâncias e falta de demanda. No entanto, apesar da recente política de atenção à saúde dos servidores, do pequeno espaço de tempo de funcionamento do Siass-UFG e da existência de um longo movimento de greve dos servidores, imbricados em um processo de montagem e adaptação às novas normas, ações importantes foram executadas, que se constituem em produtos e resultados que farão parte do próximo grupo de análise.

### **3.6 Produtos e resultados do processo de implantação da Política de Atenção à Saúde dos Servidores**

Concretamente, o primeiro fruto da implantação da Pass, não só para o servidor da UFG, mas para todos os servidores que compõem o Sipec, foi a instituição, em 2009, da assistência à saúde suplementar do servidor, criando opções de assistência a serem prestadas além da que é oferecida pelo SUS. Mas, nos moldes da Noss, primeiramente as iniciativas aconteceram, predominantemente, no campo das discussões sobre conhecimento da política; na escolha das instituições partícipes; na busca de pessoas com o perfil adequado para a implantação e definição de normas.

Pode ser constatado nesta seção de análise que os produtos e resultados estão diretamente relacionados às normas que regulamentam a implantação da política. Portanto, será feita a seguir, uma descrição dos itens considerados frutos da exigência legal e das necessidades identificadas no curso da implantação, que, por vezes coincidem com fatos mencionados no arcabouço normativo.

Depois da criação da assistência à saúde suplementar, o primeiro fruto da Pass para o servidor a UFG foi a formação do grupo de trabalho para dialogar com os institutos sobre a implantação do Siass no Estado de Goiás. Esse GT gerou duas comissões técnicas: a de Estruturação e Organização do Siass, responsável pelo levantamento dos espaços físicos disponíveis nos órgãos federais do Estado de Goiás, para funcionamento de unidades do Siass e a de Vigilância e Promoção da Saúde, para realizar o levantamento das ações e dos programas de saúde voltados para o servidor, já existentes nos órgãos federais de Goiás.

Realizado esse diagnóstico, foram formados dois subgrupos de trabalho, um da UFG e outro do INSS, com a finalidade de implantar duas unidades do Siass em Goiânia, de

acordo com o perfil dos órgãos federais: uma das unidades de ensino UFG, IFG e IFGoiano e outra do Ministério da Saúde (MS), INSS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretaria de Relações do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego (SRT/MTE), Polícia Federal, Ministério da Fazenda e outros. Sobre isso relatou um dos membros da comissão de implantação: “Foram criadas duas comissões e a partir do diagnóstico estabelecido com a pesquisa e com as visitas técnicas a gente identificou a possibilidade de construir duas unidades (no Estado de Goiás)”.

O GT-UFG elaborou o plano de trabalho em 2010, a partir do qual as três instituições – UFG, IFG e IFGoiano – se juntaram para criar o Siass-UFG, assinando o Acordo de Cooperação Técnica nº 08/2011, da SRH/MP, de 15 de julho de 2011, nos termos da Portaria nº 1.397, da SRH/MPOG, de 10 de agosto de 2012, que estabelece orientações básicas aos órgãos e às entidades do Sipec sobre os procedimentos mínimos para a realização de acordos de cooperação técnica para a criação das unidades do Siass previstos no art. 7º do Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009. Fazem parte desse acordo o MPOG, por intermédio da Secretaria de Recursos Humanos (SRH), a UFG, órgão sede da unidade, o IFG e o IFGoiano e, portanto, segue assinado pelo Secretário de Recursos Humanos (MPOG) e pelos três reitores da época, iniciando-se, assim, o trabalho de estruturação do Siass-UFG, que tem como objeto:

A execução de ações e atividades de prevenção aos agravos, promoção e acompanhamento da saúde, perícia oficial e assistência, com vista a garantir a implementação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009 (MPOG, 2011, p. 132).

Na sequência dos efeitos da política, é encontrada a mudança de paradigma, por meio da construção da idéia do trabalho multiprofissional, pelo qual as ações de saúde do Siass-UFG, antes realizadas por três equipes separadamente, passaram a ser orientadas pelo princípio da integralidade e realizadas por uma equipe de perícia médica e odontológica composta por vários profissionais, como forma de adequação das ações à proposta do MPOG, principalmente quanto às diretrizes de integralidade das ações; de transversalidade; de intra e intersetorialidade; de cogestão e de transdisciplinaridade, partindo das premissas da multideterminação da saúde e da abordagem biopsicossocial.

Deve ser citado ainda como fruto das iniciativas da coordenação da implantação da política, a elaboração dos fluxos de trabalho, que, entre outros, trouxe como desdobramento positivo, a possibilidade de agilizar trabalhos que estavam acumulados.

A gente começa a tentar integrar um pouco mais a equipe de promoção da saúde e de vigilância, que eram totalmente isoladas. O pessoal da vigilância ficava lotado na Prodirh, enquanto a equipe de promoção ficava na Procom e existia também o que era chamado de junta médica da universidade. Não tinha essa característica de compor uma equipe de perícia médica e odontológica. Então, foi a partir de outubro de 2012 que a gente começa a fazer reuniões mais periódicas, tentando integrar estas três equipes, que atuavam de forma bastante separadas (Membro da coordenação de implantação).

[...] nós fizemos frequentes reuniões com os departamentos de recursos humanos das instituições e os departamentos de pessoal, pra que se pudesse estabelecer, traçar, na verdade, criar fluxos, pra que as pessoas soubessem por onde os processos deveriam caminhar dentro das instituições (Membro da coordenação de implantação).

Sem contar que hoje, a equipe do Siass-UFG, responsável pela implantação da Pass na universidade, depois de intensos debates, sabe “que direção tomar”. Embora falte “afinar alguns pontos da equipe”, há uma melhor adequação das ações à proposta da MPOG e uma melhor clareza dos fluxos de trabalho.

[...] acho que os avanços foram muito grandes, mas, a gente ainda tem que aparar algumas arestas, ainda tem que afinar a equipe em vários pontos e estamos ainda construindo, mas acho que agora já sabendo que direção tomar (Membro da coordenação de implantação).

A definição de caminhos impactou, de forma positiva também, as relações de parceria entre as instituições partícipes para a implementação da política, uma vez que, por meio de ações conjuntas, é possível potencializar resultados, otimizar recursos e garantir eficiência, eficácia e efetividade das ações, conforme preconiza a justificativa do plano de trabalho que deu origem ao Siass-UFG (SIASS-UFG, 2010).

[...] o cordão que liga estas três instituições mais fortemente hoje é o Siass. Então, nós temos que ter essa capacidade de conversar com as três instituições e definir estes fluxos, estes caminhos, de uma forma consensual (Membro da coordenação de implantação).

Como se pode notar, apesar de a unidade Siass-UFG ter sido criada por meio de um Acordo de Cooperação Técnica assinado no ano de 2011, somente a partir de 2012 ela tomou o formato proposto pelo MPOG.

[...] a gente tem um ano de SIASS, efetivamente trabalhando nesta perspectiva, sendo que, deste um ano, quatro meses foram de greve. [...] na verdade, foi a partir daí que a gente cria o SIASS na perspectiva designada pelo MPOG, com seus três eixos funcionando, efetivamente (Membro da coordenação de implantação).

Houve um grande avanço também, na conquista do espaço físico. A equipe responsável pela implantação do Siass-UFG deparou-se com a necessidade de um espaço físico para funcionamento da unidade, o que é muito importante para a criação do seu espaço na memória dos servidores da UFG e dos colaboradores do Siass-UFG. Atualmente, enquanto aguarda as obras de reforma de um prédio próprio, está instalado em espaço adaptado provisoriamente para esse fim. Porém, pelo menos, materializou-se o Siass/UFG, que veio dar



referência aos servidores e à equipe responsável pela implantação, o que contribui para a assimilação do cuidado com a saúde do servidor e para o rompimento da lógica da fragmentação e setorização das ações e dos serviços de vigilância, promoção, perícia e acompanhamento da saúde do servidor. Em outras palavras, criou-se um “domínio” Siass-UFG, possibilitando a visualização do seu sentido como um todo em torno das questões de saúde do servidor da UFG e, ainda, o abandono da ideia de saúde do trabalhador apenas como “serviço médico”.

Sobre a falta de um lugar de referência para o Siass-UFG, um membro do Siass-UFG assim se expressa: “Esta sede já melhorou muito, mas ainda é provisória, porque a nova sede está em construção. Vamos voltar para o prédio do Restaurante Universitário, que está em reforma para acolher o Siass-UFG”. Nesse mesmo sentido, diz ainda um membro da coordenação da implantação: “Não tínhamos nenhuma sala, não tínhamos nenhuma mesa, nenhuma cadeira, nós, efetivamente, como espaço físico, não existíamos”. Agora, “[...] tudo que tem a ver com saúde passa pelo SIASS [...]”.

As iniciativas tomadas até então, favoreceram a organização dos serviços e práticas relativas à saúde do servidor da UFG, possibilitando melhor planejamento e racionalização dos serviços e decisões, maior visibilidade e melhora no controle e na qualidade das ações.

Nesse sentido, deve ser elencado ainda como efeito da implantação, o registro, no sistema informatizado disponibilizado Siape-Saúde, das informações relativas às ações e aos programas de vigilância e de promoção da saúde ofertados pela unidade. Essa é uma das atribuições e competências das unidades do Siass, que está sendo realizada pelo Siass-UFG. É uma tarefa, que, entre outros efeitos, contribui para o aumento da visibilidade da unidade nos cenários interno e externo, para a avaliação e controle das ações, além de servir de fonte de dados para informação sobre a situação da saúde do servidor da UFG.

Essa organização está bem definida no eixo perícia em saúde do Siass-UFG por meio da padronização do procedimento pericial em todo o ambiente do Sipec. O registro no módulo eletrônico de toda a anamnese médica, favorece a transparência no serviço público, o planejamento de novas ações, a economia para os cofres públicos e, portanto beneficia a sociedade, além de ser relevante também, se for considerado que esse eixo do Siass contém uma ampla diversidade de atuação.

As perícias estão sendo concretizadas tanto em Goiânia quanto no interior. A gente ampliou. O registro dos atestados médicos está sendo efetivamente feito dentro do Siass, apenas, a partir do Siass. Então isto já cai no sistema do Siapenet. [...] os próprios estudantes também passam pela perícia. [...] os chamados mandados de injunção, [...] nós tínhamos cerca de 1.200 a 1.300 processos represados dentro do

nosso Departamento de Pessoal, demandando uma análise técnica de um perito médico [...] acompanhamento dos processos jurídicos de servidores, que chegam na universidade [...] ações dos exames admissionais [...] o acompanhamento de portadores de necessidades especiais (Membro da comissão de implantação)[...]

Isso pode ser comprovado pela fala de um dos peritos do Siass-UFG: “Melhorou a seriedade na lotação, nos processos de isenção de Imposto de Renda e nas decisões sobre aposentadorias especiais”.

A utilização de recursos como os dois Seminários Institucionais, o Seminário de Integração Institucional e Desenvolvimento Gerencial, além de treinamento para peritos, pessoal administrativo e equipes de promoção da saúde do Siass, estão entre as estratégias utilizadas por parte dos responsáveis pela implantação, para intensificar a alimentação do sistema informatizado do Siape-Saúde com as ações realizadas e efetivar a vinculação das ações de saúde à proposta do MPOG, olhando sob a perspectiva de colaborar para a qualificação dos técnicos, administradores e gestores da política.

Como não é propósito deste trabalho medir as mudanças que as ações de implantação da política impactaram a saúde dos servidores, é necessário citar as iniciativas tomadas pelo Siass-UFG que refletiram nesses resultados, como importantes programas e eventos voltados para a humanização na atenção à saúde por meio da comunicação, formação e capacitação, buscando estimular estudos e pesquisas no campo da saúde coletiva que valorizem a temática da saúde do trabalhador, conforme os objetivos e princípios da política, preconizados pela sua legislação de criação e de regulamentação. Realizados em várias linhas, alguns desses programas e eventos, estavam diretamente relacionados à saúde do trabalhador e outros, embora não tratassem especificamente do tema, foram iniciativas coletivas que buscaram provocar mudanças individuais que impactassem a saúde dos servidores. Foram planejados com base, principalmente, em informações da perícia médica, em demandas levantadas pela Prodirh, DDRH e DP e em dados do SPGE.

Embora a avaliação ambiental ainda não esteja pronta, os mapas que estão em andamento para esse fim e as inspeções técnicas para conhecer as situações de riscos ocupacionais para percepção dos chamados adicionais ocupacionais possibilitaram intervenções consideradas oportunas por parte da engenharia de segurança do trabalho. Entre elas estão a aquisição e a distribuição dos equipamentos de proteção individual com treinamento para seu uso e conservação, intervenções no sentido da antecipação, do reconhecimento e do controle dos riscos e, paralelamente, a instituição e o assessoramento das Comissões Internas de Saúde do Servidor Público (Cissp).

Resgatando os objetivos específicos do plano de trabalho, que deram origem ao Siass-UFG, encontra-se o item “monitorar e avaliar ações visando ao planejamento e às decisões”. Com relação a esse item, percebe-se que, quanto à avaliação da política propriamente, o tempo de implantação ainda não é suficiente para proceder tal avaliação. Entretanto, algumas ações são avaliadas ao término do seu curso, como ferramenta não só de aprimoramento como também de alavancagem de novos projetos, como é o caso da maioria das que são executadas pelo DRRH.

Como se pode notar, importantes providências foram tomadas até agora pelos responsáveis pela implantação da política na UFG, mas também vários desafios encontrados dificultam os produtos e os resultados do processo de implantação. Um grande obstáculo apresentado é a precariedade de recursos humanos e financeiros.

O esforço para formação da força de trabalho do Siass-UFG começou desde a sua criação, e permanece até hoje, como diz um membro da comissão de implantação: “[...] compor a nossa equipe, que ainda está muito fraca em termos numéricos, em termos de quantidade de gente [...]”

Os recursos físicos já estão definidos, mas a equipe é deficitária e não há recursos financeiros próprios do Siass. Existe dependência financeira da própria instituição e do MPOG e, para tentar driblar esse desafio, a principal ferramenta tem sido o consenso e a parceria. As ações executadas até agora têm acontecido mediante a colaboração dos órgãos e das unidades acadêmicas que dão suporte cedendo espaços, pessoas e equipamentos.

Um exemplo é a realização dos exames médicos periódicos que acontecerá por meio de um esforço conjunto entre a Faculdade de Farmácia, o Hospital das Clínicas, o Centro de Referência em Oftalmologia (Cerof) e outros. Isso, depois de uma tentativa de aquisição frustrada desse serviço, devido à falta de interesse da iniciativa privada, motivada principalmente pela baixa contrapartida oferecida pelo MPOG.

[...] são os exames médicos periódicos [...] a gente começa já a realizar a partir dos servidores que trabalham com Raios X, que deveriam fazer a cada seis meses. [...] Então, o Siass coordena todo este processo, até a emissão do laudo final. E isto significa criar um sistema de informação pra cadastrar, convocar, divulgar, etc. [...] nós começamos a trabalhar dentro da própria universidade, pra fazer com que estes exames pudessem ser realizados pelo HC, nosso hospital das clínicas, pelo Laboratório Rômulo Rocha, ligado à Faculdade de Farmácia, e pelo Cerof (Centro de Oftalmologia) (Membro da comissão de implantação).

Um desafio a mais vem sendo enfrentado pela unidade do Siass-UFG. Trata-se da participação do servidor como responsável por acompanhar e indicar as situações de risco nos ambientes e processos de trabalho, apresentar sugestões para melhorias e atender às recomendações relacionadas à segurança, de acordo com as atribuições e competências dos

atores da política, previstas na Noss. Há uma pequena participação do servidor e dos gestores diretos nas questões de saúde do servidor da UFG, o que pode ser atribuído, em parte, ao pouco conhecimento da Pass e à pequena visibilidade do Siass, dado o curto espaço de tempo de efetivo exercício da unidade. Isso, apesar de as metas e ações relativas à saúde do trabalhador estarem previstas nos documentos de planejamento gerencial da UFG, como no PDI 2011-2015; no Relatório de Auto-avaliação Institucional da UFG 2011-2012; e no Relatório de Gestão 2011.

As demandas surgidas através de solicitação por iniciativa do próprio servidor são muito raras, algumas sugestões surgem através de formulário de avaliação preenchido no final de cada curso ou evento. [...] tem muita coisa que, se o diretor fizer, ele vai atuar diretamente na promoção da saúde do servidor (Membro da comissão de implantação)[...]

Todas as considerações feitas sob esta categoria de análise fazem entender que o Siass-UFG está em sintonia com a normatização, sinalizando para a possibilidade de produzir efeitos significativos. Destacam-se as atividades de capacitação e de grupos de trabalho específico como forma de ação coletiva, que, passando pela transformação individual, podem provocar mudanças importantes na qualidade de vida do servidor não só no seu ambiente de trabalho, como na sua vida propriamente e nas relações que exerce. Portanto, seria oportuno que estudos futuros fossem realizados, para a avaliação dos impactos do programa frente aos problemas que lhe deram origem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo, em que se tentou efetuar a descrição da implantação das ações de vigilância e de promoção da saúde do servidor da UFG, fica confirmada a ideia inicial da pesquisa, de que, em se tratando de política pública e, principalmente, de política de saúde, vários obstáculos são enfrentados. Neste caso específico da implantação de uma política de saúde na UFG, percebe-se um grande esforço em atender às necessidades e prioridades da saúde do servidor da universidade, diante de desafios de equipe, financeiros, paradigmas e cultura.

As dificuldades de constituição de equipe e de ordem financeira, especialmente, demonstram uma característica que é peculiar do setor público: primeiro determina-se que seja feito, cria-se a lei, depois estrutura-se para executá-la. Ou seja, os fatos ocorrem na “contramão”. Houve a instituição da política de atenção à saúde do servidor, uma “ordem” para que os órgãos que compõem o Sipec implantassem as ações, sem, contudo, disponibilizarem-se os recursos necessários.

No caso do Siass-UFG, ele teve que ser criado sem que se soubesse ao certo qual sua posição na estrutura organizacional da UFG, ou seja, com quem deveria manter uma relação de subordinação e, portanto, a quem solicitar alocação de recursos financeiros, materiais e humanos. Não havia a previsão de uma sede, de um espaço físico que pudesse “chamar de seu” para início dos trabalhos e que materializasse a diretriz da universalidade e da integralidade da política.

Tudo começou sem que houvesse o número de pessoas e os profissionais adequados para o trabalho; sem que se soubesse com que aporte financeiro as pessoas seriam buscadas para o trabalho; e, no caso de se recorrer aos profissionais do próprio quadro, sem que houvesse uma estruturação para a disponibilização de forma organizada, que atendesse às necessidades da política sem causar sobrecarga para essas pessoas.

Isso, sem contar, a lentidão com que tudo se processa. A primeira sinalização da política de atenção à saúde do servidor veio com a Constituição de 1988. Em 2006 surgiu o primeiro órgão responsável, mas, somente em 2009 ocorreu o primeiro desdobramento. Porém, com este estudo ocorrendo em 2013, percebe-se que, na UFG, tudo alavancou-se há apenas um ano.

Diante da falta de uma estruturação prévia de questões elementares, como as que foram citadas espaço físico, força de trabalho, recursos financeiros, entre outras este um ano, interrompido por quatro meses de greve dos servidores, teve grande período ocupado com a estruturação e com iniciativas no sentido de se conhecerem as normas e se fazerem conhecidas.

A investigação conclui, portanto, que se trata de uma política de atenção à saúde do servidor na UFG muito recente para que sejam demonstrados os efeitos de redução de indicadores de morbimortalidade ou mesmo de mudança de comportamentos diante das situações de risco, devido, além dos fatos mencionados, à cultura da doença e não da saúde; à cultura da informalidade; à pequena visibilidade por parte dos servidores beneficiários do subsistema e por parte dos gestores diretos; à dificuldade de interiorização das ações, portanto, da universalização do cuidado; à falta de avaliação e monitoramento das ações; ao baixo número de Cissps; e à presença de uma greve de servidores.

Por outro lado, apesar desses obstáculos, que independem dos setores locais responsáveis pela implantação, ficou claro, pela pesquisa, que há um esforço enorme da equipe do Siass-UFG para superar esses desafios. Foi um ano, ou quase um ano, de visíveis conquistas e encaminhamentos, que colocaram o Siass-UFG nos trilhos das diretrizes da Pass. O próximo passo, resolvendo as questões internas de constituição de equipe e de suporte financeiro, é trabalhar no sentido do convencimento dos servidores e dos gestores quanto à mudança de paradigmas e, fundamentando-se na base epidemiológica que está sendo elaborada, aumentar a gama de ações em busca da melhoria dos níveis de saúde e de qualidade de vida e do trabalho do servidor da UFG, como propõe a Pass.

Espera-se que, dessa forma, esta pesquisa tenha conseguido, pelo menos em parte, responder à principal questão proposta no seu início: de que forma se desenvolveu o processo de implantação das ações de vigilância e promoção da saúde do servidor público no âmbito da UFG? E também tenha atingido o objetivo geral de descrever o processo de implantação das ações de vigilância e de promoção da saúde do servidor no âmbito da UFG.

Sugere-se que estudos complementares sejam realizados com a finalidade de descrever as soluções encontradas para a superação dos desafios enfrentados na implantação da política de atenção à saúde do servidor da UFG e avaliar os resultados dessa política quanto aos índices de redução de indicadores de morbimortalidade e de mudança de paradigmas.

## REFERÊNCIAS

AEPS – **Anuário Estatístico da Previdência Social 2009** – Ministério da Previdência Social – Disponível em: < <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/aeps-2009-secao-iv-acidentes-do-trabalho/> > Acesso em: 27 Out. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual Técnico Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos de Doenças na Saúde Suplementar**. 2 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2007.

AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

ALBERTON, A. **Uma metodologia para auxiliar no gerenciamento de riscos e na seleção de alternativas de investimentos em segurança**. 1996. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

ALMEIDA, I. M. de. Acidentes do trabalho e a repolitização da agenda de saúde do trabalhador. In: GOMEZ, C. M. et. al. (Orgs.). **Saúde do trabalhador na sociedade contemporânea brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 203-226.

ALMEIDA, P. C. A. e BRANCO, A. B. **Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doença**, Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, n.36 (124), p. 195-207, 2011.

BAPTISTA, T. W. F. 2012. **História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde**. Disponível em: <[http://pt.scribd.com\\_](http://pt.scribd.com_)>. Acesso em: 9 maio 2012.

BERTOLLI, C. Filho **Historia da saúde pública no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Ática, 1999. (Série História em Movimento)

BERTOLOZI, M. R.; GREGO, R. M. As políticas sociais de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-398, dez. 1996.

BIBLIOTECA DIGITAL BRASILEIRA DE TESES E DISSERTAÇÕES. Ministério da Ciência e Tecnologia. **Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações**. Disponível em: <<http://bdtd.ibict.br/>>. Acesso em: 22 set. 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. Rio de Janeiro. Coleção das Leis do Brasil, 1923, vol. 1, p. 126.

BRASIL, **Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009**. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 30 abr. 2009. Seção 1, p.4.

BRASIL. **Decreto nº 6.856, de 29 de maio de 2009**. Regulamenta o art. 206-A da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 – Regime Jurídico Único, dispondo sobre os exames médicos periódicos de servidores. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 26 mai. 2009. Seção 1, p.6..

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília-DF. 20 set. 1990. Seção 1. p. 18.055. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.

BRASIL. **Lei nº 8.112, de 11.12.1990**. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 12 dez. 1990. Seção 1, p. 23.935.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2010**. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br>>. Acesso em: 23 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Estatísticas 2013**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/>>. Acesso em: 09 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Textos Básicos de Saúde. Série B - Pactos pela Saúde 2006, v. 7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Matriz: objetivos e estratégias do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PLANSAT**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. SUS. **Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador**. 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. SUS. **Sobre a saúde do trabalhador**. 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.125, de 06 de julho de 2005**. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Seção 1, p. 49.



BRASIL, Ministério da Saúde. **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília: CONASS/Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 22 jun. 2012.

BRASIL, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Portaria nº 1.675, de 6 de outubro de 2006**. Estabelece orientação para os procedimentos operacionais a serem implementados na concessão de benefícios de que trata a Lei 8.112/90 e Lei 8.527/97, que abrange processos de saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 10 de out. 2006. Seção 1, p. 57.

BRASIL. **Portaria Normativa nº 3, de 30 de julho de 2009** – da SRH/MPOG. Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de julho de 2009. Seção 1, ps. 64-67.

BRASIL, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Portaria Normativa nº 4, de 15 de setembro de 2009**. Estabelece orientações para aplicação do Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009, que dispõe sobre os exames médicos periódicos dos servidores dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 16 de set. 2009. Seção 1, p. 97 e 98.

BRASIL, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Portaria Normativa nº 3 de 7 de maio de 2010**. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor – NOSS aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – SIPEC, com o objetivo de definir diretrizes gerais par implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 10 de mai. 2010. Seção 1, p. 80.

BRASIL, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Portaria Normativa nº 3, de 25 de março de 2013**. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 27 de mar. 2013, p. 77/78.

BRASIL, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Portaria Normativa nº 783 de 7 de abril de 2011**. Estabelece a obrigatoriedade da utilização do módulo de Exames Médicos Periódicos do SIAPE-Saúde aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 08 de abril 2011. Seção 1, p. 80.

BRASIL – Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. **Programa de Saúde Ocupacional do Servidor Público, 2005**. Disponível em <[servidor.gov.br/fnoticias/fnoticias05/videoconferencia/Farq\\_down/Fseguridad\\_e\\_social\\_videoconferencia.ppt&rct=j&q=Programa%20de%20sa%C3%BAde%20ocupacional%20do%20Servidor%20P%C3%BAblico&ei=RiSbTvqeL4Pu0gHL3tisBA&usg=AFQjCNH34bw90jyor6xI3M31HN2WJcMBnQ](http://servidor.gov.br/fnoticias/fnoticias05/videoconferencia/Farq_down/Fseguridad_e_social_videoconferencia.ppt&rct=j&q=Programa%20de%20sa%C3%BAde%20ocupacional%20do%20Servidor%20P%C3%BAblico&ei=RiSbTvqeL4Pu0gHL3tisBA&usg=AFQjCNH34bw90jyor6xI3M31HN2WJcMBnQ)> Acesso em 07.Set. 2011.

BRASIL, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Programa de Saúde Ocupacional do Servidor Público. **Seguridade social do servidor**. A política do Governo. Disponível em <<http://www.servidor.gov.br>>. Acesso em: 7 set. 2011.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Dados da Inspeção em segurança e saúde no trabalho – Brasil – janeiro a dezembro 2010**. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br>>. Acesso em: 4 set. 2012.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho**. Brasília-DF: MTE, 2012.

BRASIL. **Períodos históricos**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/o-brasil/periodos-historicos>>. Acesso em: 3 maio 2012.

BRASIL. Portal Brasil. Notícias. **Acidentes de trabalho diminuem em 2010, segundo anuário da Previdência Social**. Postado em 26.10.11. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br>>. Acesso em: 4 set. 2012.

BRASIL. Portal Domínio Público. **Biblioteca Digital desenvolvida em software livre**. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br>>. Acesso em: 22 set. 2012.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRENNY, G. M. **Origem do meio ambiente de trabalho**. 2006. Disponível em: <<http://artigocientifico.uol.com.br>>. Acesso em: 27 fev. 2012.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M. **Promoção da Saúde da Família**. In: Programa Saúde da Família. Dezembro de 2002. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0103/IS23\(1\)021.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23(1)021.pdf)>. Acesso em: 6 out. 2012.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CARTA de Ottawa. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: fev 2012.

CARVALHO, A. I. **Promoção da saúde: da prevenção de doenças à defesa da vida**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, 2007.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 2004.

COHN, A; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil – políticas e organizações de serviços**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez; CEDEC, 2003.

CONASS. **A gestão administrativa e financeira do SUS.** Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS 2011.v. 8.

CONASS. **Legislação Estruturante do SUS.** In: **Coleção Pró-Gestores - Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2007. v. 12.

CONASS. **Saúde pública – legislação estruturante.** 2003. Disponível em: <<http://bvms.saude.com>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

CONASS. **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental.** Brasília-DF, 2009.

CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE. **Comissões CNS CIST. Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 7 ago. 2012.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **Banco de Teses.** Disponível em: <<http://capesdw.capes.gov.br>>. Acesso em: 22 set. 2012.

CORREIA, O. **Evolução das estruturas organizacionais - Evolução das organizações.** 1) Mundo Atual: Novos tempos, novas atitudes. 2008. Disponível em: <<http://oscarcorreia.blogspot.com.br>>. Acesso em: 17 jul. 2012.

CZERESNIA, D. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS.** Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/AcoesPromocaoSaude.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2012 (Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar. Julho de 2003)

DIAS, E. C. et al. Desenvolvimento de Ações de Saúde do Trabalhador no SUS: A Estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). In: GOMEZ, C. M. et. al. (Orgs.). **Saúde do trabalhador na sociedade contemporânea brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

DOMINGUES JÚNIOR, L. R. P. **Seguridade Social.** In: Encontro Regional Simultâneo, 1. Videoconferências Temáticas. 2005, Brasília. Anais eletrônicos... Brasília, Secretaria de Recursos Humanos/MPOG. 2005. Disponível em: <[http://www.servidor.gov.br/noticias/noticias05/videoconferencia/index\\_videoconf.htm](http://www.servidor.gov.br/noticias/noticias05/videoconferencia/index_videoconf.htm)>. Acesso em: 12 ago. 2013.

DRUMOND, E. F. e SILVA, J. M., **Avaliação de estratégia para identificação e mensuração dos acidentes de trabalho fatais.** Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 18(5), Rio de Janeiro, Mai. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001100021&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100021&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt)> Acesso em: 28. Out. 2013.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p. 139-154, mar. 2002.

FOGLIA, F. **Consequências da industrialização.** 2012. Disponível em: <<http://www.portalsaofrancisco.com.br>>. Acesso em: 16 set. 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5. ed. Coord. e edição de Marina Baird Ferreira e Margarida do Anjos. Curitiba: Positivo, 2010.

FREIRE, A. L. O. O desenvolvimento do comércio e a produção do espaço urbano. **GeoTextos**, v. 6, n. 2, p. 11-32, dez. 2010. Salvador, BA: Editora UFBA, 2010.

FREITAS, M. B; FREITAS, C. M. A vigilância da qualidade da água para consumo humano – desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, nº 4, p. 993-1004, out./dez. 2005.

FRIAS JUNIOR, C. A. da S. 1999. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. Dissertação (Mestrado). ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Reforma sanitária. In: **Biblioteca Virtual Sérgio Arouca**. Sanitarista. 2012. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 12 ago. 2013

GASPARETTO JÚNIOR, A. **Corporações de Ofício**. Publicado em 11.12.2010. Disponível em: <<http://www.infoescola.com>>. Acesso em: 4 ago. 2012.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A. L. D. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.) **Saúde e democracia**. História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GOMES, C. (2008) **Antecedentes do capitalismo**. Edición electrónica gratuita. Disponível em: <[www.eumed.net/libros/2008a/372/](http://www.eumed.net/libros/2008a/372/)>. Acesso em: 12 ago. 2013.

GOMEZ, C. M. Introdução – Campo da saúde do trabalhador: Trajetória, configuração e transformações. In: GOMEZ, C. M. et. al. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Contemporânea Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2011.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas e velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out./dez. 2005.

GONCALVES, E. L. et al., **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1982.

LIMONGE-FRANÇA, A. C. L. **Indicadores empresariais de qualidade de vida no trabalho**. Esforço empresarial e satisfação dos empregados no ambiente de manufaturas com certificação ISO 9000. 1996. 296f. Tese (Doutorado em Administração). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP.

LIMONGE-FRANÇA, A. C.; ARELLANO, E. B. Qualidade de vida no trabalho. In: FLEURY, Maria Tereza Leme (Coord.) **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, 2002.

LINO, D.; PIANTA. F. **Saúde e trabalho** - conceitos gerais. Disponível em: <<https://docs.google.com>>. Acesso em: 1 mar. 2012.

LISBOA, L. F. **Política de atenção à saúde e segurança no trabalho do servidor público federal**. 2008. (Pós-graduação em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. São Paulo.

LUCCI, E. A. **A era pós-industrial, a sociedade do conhecimento e a educação para o pensar** (2013). Disponível em: <<http://www.hottopos.com>>. Acesso em: 25 jan. 2013.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. cap. 2 e 3, p. 11-44.

LUNA, S. V. **Planejamento de pesquisa: uma introdução – Elementos para uma análise metodológica**. São Paulo: EDUC, 1996, p. 80-105.

MACHADO, J. L. A. **Condições de trabalho na revolução industrial**. A saúde dos operários em risco constante. 2012. Disponível em: <<http://www.planetaeducacao.com.br/porta> l>. Acesso em: 17 ago. 2012.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**, 6. ed., 4. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, M. **Entre a cruz e o capital: a decadência das corporações de ofícios após a chegada da família real (1808-1824)**. 2008. Disponível em: <<http://www0.rio.rj.gov.br>>. Acesso em: 22 ago. 2012.

MARTINS, R. A. et al. **Contágio – História da cura e da prevenção de doenças - Miasmas ou microorganismos?** São Paulo: Moderna, 1997.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. 2012. Disponível em: <<http://www.uefs.br>>. Acesso em: 6 out. 2012.

MELLO, C. A. B. **Apontamentos sobre os agentes e órgãos públicos**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1984.

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

MERCADANTE, O. A. et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. et al. (Orgs.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 21)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Projetos Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Textos Básicos em Saúde. Série B

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. In: GATTÁS, V. L. et al. (Orgs.). **Curso Básico de Vigilância e Epidemiologia**. Elaboração, edição e distribuição Gerência Técnica de Doenças Emergentes e Reemergentes/Coordenação –Geral de Doenças Transmissíveis Produção editorial do Curso Básico de Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE) - SVS/MS. Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010 (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7)

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO. Secretaria de Gestão Pública. **Boletim Estatístico de Pessoal**. Brasília: MPOG, 2012.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO. Secretaria de Recursos Humanos. **Relatório final da Conferência Nacional de Recursos Humanos da Administração Pública Federal – 2009**: a democratização das relações de trabalho: um novo olhar sobre a política de gestão de pessoas da Administração Pública Federal. Brasília: MPOG, 2009.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO. Secretaria de Recursos Humanos. SIASS. **Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor**: uma construção coletiva. Brasília-DF: MPOG, 2010.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO. Secretaria de Recursos Humanos. SIASS. **A Política de atenção à saúde, previdência e benefícios do servidor público**. Brasília-DF: MPOG, 2013

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO. Secretaria de Recursos Humanos. SIASS. Página Principal. **Unidades SIASS**. Detalhes. Brasília-DF. 2013. Disponível em: <<https://www2.siapenet.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO. TV Siass. Oficina Pós-encontro. **Saúde suplementar**. 2010.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO. Secretaria de Recursos Humanos. **Extrato de Acordo de Cooperação Técnica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 19 de abril de 2011, Seção 3, p. 132.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Dieese. **Anuário do Trabalhador 2010/2011**. p. 103-109. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br>>. Acesso em: 11 out. 2012.

MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO. Procuradoria Regional do Trabalho 21ª Região. Notícias. **FEPMAT aprova moção de mobilização para garantir a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <<http://www.prt21.mpt.gov.br>>. Acesso em: 7 ago. 2012

MONKEN, M.; BATISTELLA, C. in: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**, 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

MORAIS, I. **Localização**. 2011. Disponível em: <<http://www.goias.ufg.br/pages/28949>>. Acesso em: 23 abr. 2013.

MOREIRA, L. C. H. **A história das políticas públicas de saúde no Brasil – Do “sanitarismo-campanhista” à construção do SUS**. 2012. Disponível em: <<http://pt.scribd.com>>. Acesso em: 8 maio 2012.

MOTTA, P. T. et al. **Análise dos acidentes de trabalho do setor de atividade econômica comércio no município de Belo Horizonte**. Revista Mineira de Enfermagem. Vol. 15(3): 427-433, Jan/Mar 2011.

MUSEU DE VALORES DO BANCO CENTRAL. **Origem e Evolução do Dinheiro**. 2012. Disponível em: <<http://www.bc.gov.br>>. Acesso em: 11 jul. 2012.

NARDI, H. C. Saúde do trabalhador. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Trabalho e tecnologia, dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Universidade, 1997. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br>>. Acesso em: 28.2.2012.

NEHRING, J. E. **Cobre**. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br>>. Acesso em: 10 out. 2012.

NRFÁCIL, (NR-1) **Acidente de trajeto: deve-se exigir um B.O. para emitir CAT?** Blog Informação, SST, NRs, CIPA, Software, NRFÁCIL. 2013. Disponível em: <<http://nrfacil.com.br/blog/?p=5633>> Acesso em: 24 out. 2013.

ONU. **Resolução 217 A (III), de 10.12.1948**. Proclama e adota a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

OPAS. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 3 jul. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho** – Manual de Procedimentos para os serviços de Saúde. Brasília-DF: OPAS/MS. 2001.

Organização Mundial de Saúde **Conferências globais para a promoção da saúde**. 2013. Disponível em: < <http://eportuguese.blogspot.com.br/2013/06/conferencias-globais-para-promocao-da.html> > Acesso em: 07 Nov. 2013.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Absentismo: causa y control. In: Enciclopédia de Salud e Seguridad en el trabajo. Madri (ESP: OIT; 1989.p. 5-12).

PAIM, J. S. Ações integradas de saúde (AIS): porque não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, abr./jun. 1986.

PANTOJA, C. B. B. Saúde e qualidade de vida no serviço federal: uma abordagem a partir do programa para servidores implantado na UFPA. In: Universidade Federal do Pará. **Repositório Institucional**. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufpa.br>>. Acesso em: 22 set. 2012.

PASTÓRIO, S. A. et al, **A perícia em saúde na administração pública federal: a experiência da unidade Siass – INSS – Porto Alegre.** Painel 24/086 Políticas de saúde do servidor como elemento de gestão de pessoas: a estratégia do subsistema integrado de atenção à saúde do servidor apresentado no IV Congresso CONSAD de Gestão Pública. Brasília-DF 2011. Disponível em: < [http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2011-06/painel\\_24-084\\_085\\_086.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2011-06/painel_24-084_085_086.pdf) > Acesso em: 03 nov. 2013.

PAULUS A. JR.; CORDONI L. JR. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p.13-19, dez. 2006.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil:** uma pequena revisão. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br>>. Acesso em: 3 maio 2012.

RAMOS. M. **Conceito de alienação (segundo Karl Marx).** 2007. Disponível em: <<http://marcilohistoricizando.blogspot.com.br>>. Acesso em: 16 Set. 2012.

REINHARDT, E. L. e ISCHER, F. M., **Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil,** Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, vol. 25, n. 5, 2009. Disponível em: < [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892009000500005&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892009000500005&script=sci_arttext) > Acesso em: 18 out. 2013.

ROCHA, H. I. **Saúde ocupacional, doenças profissionais.** 2009. Disponível em: <<http://www.slideshare.net>>. Acesso em: 24 ago. 2012.

RUA, M. G. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. In: RUA, M. G; CARVALHO, M. I. V. (org.). *O estudo da política: tópicos selecionados.* Brasília: Paralelo 15, 1998. Coleção Relações Internacionais e Política.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In: MINAYO, C. et al. (Orgs.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SATO, L. et al, **Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na saúde pública de São Paulo.** Estudos de Psicologia 11(3), 281, 288. 2006.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social:** trajetória da saúde pública. 2. ed. São Paulo: SENAC São Paulo, 2005.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SERVIÇO FEDERAL DE PROCESSAMENTO DE DADOS (SERPRO). SIAPE-Saúde - Tecnologia Aprimora Gestão da Saúde no Serviço Público Federal. **Revista Tema**, Brasília, Ano XXXV, nº 201, p. 12-15, jan./fev. 2010.

SESMTOO – **Prevenção de Acidentes de Trajetos – 2.** 2008. Disponível em: < <http://pt.scribd.com/doc/6618845/Prevencao-de-Acidentes-Trajeto-2> > Acesso em: 24 out. 2013.

SIASS. Portal do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor. Notícias. **Atenção à Saúde do Servidor.** Disponível em: <<http://www.servidor.gov.br>>. Acesso em: 9 set. 2012.



SIASS-UFMG. **Plano de trabalho SIASS-UFMG**. 2010. Disponível em: <<http://trabalhocomsaude.files.wordpress.com>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

SILVA, J. A. R. O. **A saúde do trabalhador na Constituição Federal e na legislação infraconstitucional** – Avaliação crítica. 2011. Artigo apresentado ao Curso de Doutorado em Direito Social pela Universidad de Castilla-la Mancha (Espanha).

SOUSA, R. G. **A sociedade feudal** – servos. 2012 Disponível em: <<http://www.mundoeducacao.com.br>>. Acesso em: 3 ago. 2012.

SOUZA, E. C. F.; OLIVEIRA, A. G. R. C. **O processo saúde-doença: do xamã ao cosmos**. 1998. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN.

SOUZA, A. M. et al. **Protocolo para prevenção de acidentes de trabalho em saúde pública**. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial on-line] 2012 jan-jul 1(1) 1-16. Available from: <http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>. Disponível em: <<http://www.cpgls.ucg.br/7mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Protocolo%20para%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Acidentes%20de%20Trabalho%20em%20Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica.pdf>> Acesso em: 18 out. 2013.

SOUZA, H. M. M. R. A evolução histórica da saúde do trabalhador e uma nova proposta metodológica para estudar as relações saúde x trabalho: delineamento de pesquisa intra-sujeitos. In: . **Análise experimental dos níveis de ruído produzido por peça de mão de alta rotação em consultórios odontológicos**: possibilidade de humanização do posto de trabalho do cirurgião-dentista. 1998. 107f. Tese (Doutorado em ciência na saúde pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS** - A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. Dissertação (Mestrado em Administração de Saúde) - Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

SPERANDIO, A. M. G. et al. Caminhos para a construção coletiva de ambientes saudáveis – São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 2004.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18 (Suplemento), p. 153-162, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; COSTA, C. A. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas (texto preliminar). In: **Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, 20. 2003, Brasília, ISC/Anvisa, 2003.

TEIXEIRA, C. F. Entrevista. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n. 1, p. 185-194, mar./jun. 2008.

TEIXEIRA, C. F. et al. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. **IESUS**, v. 7, n. 2, abr./jun. 1998. Disponível em: <<http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/BVSEPS/>>

Material%202012/vigilancia%20ambiental/iesus\_vol7\_2\_sus.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2013.

TV JUSTIÇA. **Servidores públicos na Constituição - Conceito, classificação e competência - Fernanda Marinela - Aula 1 - Programa Saber Direito.** Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 31 jul. 2012. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=25328.38100&seo=1>>. Acesso em: 12 ago. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Estatuto e Regimento Geral.** Goiânia: Ed. Universidade Federal de Goiás, 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **História do Campus.** Equipe Web/Ascom 2011 - CAC/UFG. Disponível em: <[http://home.catalao.ufg.br/?menu\\_id=1289930709&pos=esq&site\\_id=37](http://home.catalao.ufg.br/?menu_id=1289930709&pos=esq&site_id=37)>. Acesso em: 23 abr. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Histórico.** 2011. Disponível em: <<http://www.jatai.ufg.br/pages/27431>>. Acesso em: 23 abr. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Missão.** 2013. Disponível em: <<http://www.ufg.br/pages/63407>> Acesso em: 09 Nov. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **O CAJ em Números.** 2011. Disponível em: <<http://www.jatai.ufg.br/pages/27431>>. Acesso em: 23 abr. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **PDI 2011-2015.** Plano de Desenvolvimento Institucional. Universidade Federal de Goiás, Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional e Recursos Humanos. Goiânia: UFG/Prodirh, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Prestação de Contas Ordinária Anual - Relatório de Gestão do Exercício de 2011.** Goiânia, Editora Universidade Federal de Goiás. 20 mar. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Relatório de Autoavaliação Institucional da UFG 2011-2012.** Organização: Comissão de Avaliação Institucional (CAVI/CPA). Goiânia: UFG/Prodirh, 2013.

VASCONCELOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado. In: GOMEZ, C. M. et. al. (Orgs.). **Saúde do trabalhador na sociedade contemporânea brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

VIANA JR., A. **Revolução Industrial.** 2012. Disponível em: <<http://www.ohistoriador.com.br>>. Acesso em: 15 set. 2012.

WALDMAN, E. A.; ROSA, T. E C. **Saúde e cidadania para gestores municipais de serviços de saúde – Vigilância em Saúde Pública.** São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS); Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar; NAMH/FSP – USP; Banco Itaú, 1998.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: MINAYO, M. C. de Souza et al. **Tratado de saúde coletiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**, a ser desenvolvida por **Idamis Helena Soyer Barbosa**, discente do Curso de Mestrado em Sociedade Tecnologia e Meio Ambiente do Centro Universitário UniEVANGÉLICA, sob orientação do Professor **Dr. Nelson Bezerra Barbosa**.

**O objetivo central do estudo** é descrever e analisar o processo de implantação das ações de vigilância à saúde do servidor público federal civil, no âmbito da Universidade Federal de Goiás (UFG).

O convite a sua participação se faz necessário para o levantamento de dados que servirão de informação para o embasamento da análise pretendida pelo estudo.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirá-la a qualquer momento. Você não será penalizado(a) de maneira alguma, caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo(a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. Bem como, o compromisso, por parte da pesquisadora de, na publicação da pesquisa, caso haja conflito de interesses, a instituição co-participante será anonimizada através do seguinte código: Instituição de Ensino Superior do Estado de Goiás. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto, com previsão de duração de no máximo uma hora e somente será gravada mediante sua autorização. As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador e, ao final da

pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

Quanto aos benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa, serão indiretos, sob a forma de contribuição para o estudo da implantação de uma política da qual faz parte como gestor ou como colaborador.

Sobre os riscos e desconfortos ao participar, esclarecemos que caso venha se sentir constrangido para responder qualquer das perguntas, seja por entender como invasão de privacidade, por algum tipo de relação de poder, ou outro, sinta-se à vontade para se recusar a responder, sem a obrigação de justificar. Além disso, você poderá interromper a entrevista a qualquer momento, se assim desejar; discordando de qualquer item, terá liberdade de indagar e, durante o estudo poderá procurar a pesquisadora sem constrangimentos, sempre que surgirem dúvidas. A sua participação é muito importante, porém, você é livre para se retirar do estudo a qualquer momento sem que isto represente qualquer tipo de penalidade ou prejuízo para a sua pessoa.

Esclarecemos ainda, que os resultados da referida pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação.

**Idamís Helena Soyer Barbosa**

Aluna do Curso de Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente

Centro Universitário UniEVANGÉLICA

**Contatos:**

Rua 14-A nº 111 - Ed. Nicole - Ap. 104 - CEP: 74.070-110 - Setor Aeroporto. Goiânia-Go.

Telefones: (62)32238776/ Celulares: (62)96993097 e (62)81472446

e-mail: [ihsoyerb@yahoo.com.br](mailto:ihsoyerb@yahoo.com.br)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Goiânia, de de 2013.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

- 1) Que estrutura foi criada para a implantação da política de atenção à saúde do servidor da UFG? Quais os documentos deram origem a essa estrutura? Como e quando tudo começou?
- 2) Qual o critério de escolha da equipe de implantação do SIASS na UFG?
- 3) Porque o SIASS-UFG encampou o IFG e o IFGoiano? Existiu alguma normatização para isto?
- 4) Quais as primeiras ações implantadas pela política?
- 5) Quais os resultados das primeiras ações implantadas?
- 6) Quais as normas que orientam o processo de implantação das ações?
- 7) Como se organizam as práticas e procedimentos do grupo de trabalho que coordena a implantação da política e qual o registro documental desta etapa?
- 8) Como está composta a equipe de implantação da política de atenção à saúde do servidor público federal dentro da UFG? Qual o público alvo que se pretende atingir com as ações? (Números e Localidade, quantos campus e órgãos)
- 9) Como a equipe é gerenciada? Como podem ser descritos os processos de trabalho da equipe e a sua forma de gestão? Existe alguma resistência por parte dos profissionais em aderirem aos novos métodos? Por exemplo: perícia eletrônica?
- 10) Como pode ser descrita a relação do Siass-UFG com a Administração da UFG e com o Governo Federal? Qual a localização do Siass no organograma da UFG?
- 11) Quais os recursos materiais e humanos disponíveis e quais os necessários? Como se trata de uma política para o servidor, com a equipe disponível, está sendo possível separar o atendimento? Ou seja, Siass não atende aluno e nem terceirizado, só servidor.
- 12) Quais as ações estão sendo implantadas pela equipe do Siass, no sentido de intervir nos ambientes e processos de trabalho, visando à prevenção dos acidentes, doenças, agravos e doenças relacionadas ao trabalho e a educação em saúde para a adoção de práticas que melhorem as condições e a qualidade de vida no trabalho?

- 13) Quais as fraquezas e quais as potencialidades do Siass-UFG, frente à concretização das determinações do Governo Federal para a implantação da Política de Atenção à Saúde do Servidor no âmbito da UFG? A interiorização pode ser considerada como desafio?
- 14) E quanto à comunicação, a divulgação deste trabalho, a conscientização do servidor?
- 15) Na sua visão de gestor(a), de que forma ele (servidor) avalia este programa? Como o servidor deve procurar as ações?
- 16) Quais os dados servem de base para a fundamentação das ações e, conseqüentemente, para a transformação e melhora do nível de saúde e das condições de vida do servidor, bem como para avaliar os impactos da relação saúde/doença e trabalho?
- 17) Qual o planejamento das ações para o servidor da UFG? Método, etapas, metas, resultados esperados... A equipe está ciente destas metas?
- 18) Quais os produtos e resultados decorrentes das ações, paralelos à implantação, considerando o pequeno espaço de tempo de criação do Siass ? Como o servidor tem participado destas ações?

\*Inicialmente o entrevistado foi consultado sobre a possibilidade de se gravar a entrevista. Como não houve questionamento todas as entrevistas foram gravadas.

\*\* Durante a entrevista, a pesquisadora incluiu novas perguntas, à medida que surgiam fatos não apontados no roteiro.

## **ANEXOS**



**ANEXO A – DECRETO 6.833 DE 29.04.2009.****Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos****DECRETO Nº 6.833, DE 29 DE ABRIL DE 2009.**

Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 30 do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967,

**DECRETA:**

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS, integrante do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC, criado pelo [Decreto nº 67.326, de 5 de outubro de 1970](#).

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

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.

Art. 4º Fica instituído o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor, no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, com as seguintes atribuições:

I - aprovar as diretrizes para aplicação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, e para a capacitação dos servidores em exercício nas unidades do SIASS;

II - deliberar sobre as propostas de criação, jurisdição e funcionamento das unidades do SIASS;

III - deliberar, em relação às unidades do SIASS, sobre os instrumentos de cooperação e as iniciativas para provimento de materiais e equipamentos, força de trabalho, imóveis e instalações, bem como sobre contratos de segurança, limpeza e conservação;

IV - deliberar sobre os procedimentos para uniformização e padronização das ações relativas ao SIASS;

V - orientar e acompanhar a execução das ações e programas no âmbito do SIASS; e

VI - aprovar regras e procedimentos para guarda e [utilização](#) das informações pessoais sobre a saúde dos servidores, de acesso restrito às pessoas a que elas se referirem ou a servidores autorizados na forma da lei.

§ 1º A força de trabalho do SIASS será formada exclusivamente por servidores federais, ficando vedadas a terceirização de mão-de-obra e a contratação de pessoal por tempo determinado.

§ 2º O Comitê Gestor pautará suas ações visando tornar célere o atendimento ao servidor, especialmente no que se refere às ações preventivas, e reduzir o tempo de ausência do servidor do seu ambiente de trabalho.

Art. 5º O Comitê Gestor será composto por um representante de cada órgão a seguir indicado:

I - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que o coordenará;

II - Casa Civil da Presidência da República;

III - Ministério da Saúde;

IV - Ministério da Previdência Social;

V - Ministério da Educação;

~~VI - Ministério \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ Fazenda; \_\_\_\_\_ e~~

~~VII - Ministério do Trabalho e Emprego.~~

VI - Ministério da Fazenda; [\(Redação dada pelo Decreto nº 7.121, de 2010\)](#)

VII - Ministério do Trabalho e [Emprego](#); e [\(Redação dada pelo Decreto nº 7.121, de 2010\)](#)

VIII - Ministério da Justiça. [\(Incluído pelo Decreto nº 7.121, de 2010\)](#)

§ 1º A Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão exercerá as funções de secretaria-executiva do Comitê Gestor.

§ 2º As deliberações do Comitê Gestor serão adotadas por maioria simples, presentes pelo menos cinco dos seus membros, cabendo ao coordenador exercer, além do próprio voto, o de desempate.

§ 3º Os membros do Comitê Gestor, titular e suplente, serão indicados pelos titulares dos seus respectivos órgãos e designados pelo Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, para mandato de três anos, permitida uma única recondução.

§ 4º As regras para organização e funcionamento do Comitê Gestor serão definidas em seu regimento interno, aprovado na forma do § 2º, observadas as disposições deste Decreto.

§ 5º A participação no Comitê Gestor é considerada de relevante interesse público e não será remunerada.

Art. 6º O exercício do servidor no âmbito do SIASS não implica mudança de unidade de lotação ou de órgão de origem.

Art. 7º Caberá ao Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão decidir sobre as deliberações do Comitê Gestor e celebrar os instrumentos de cooperação ou parceria com os órgãos e entidades da administração direta, autárquica e fundacional.

Art. 8º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Fica revogado o [Decreto nº 5.961, de 13 de novembro de 2006](#).

Brasília, 29 de abril de 2009; 188º da Independência e 121º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA  
*Paulo Bernardo Silva*

**Este texto não substitui o publicado no DOU de 30.4.2009**

**ANEXO B – DECRETO 6.856, DE 25 DE MAIO DE 2009.****Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos****DECRETO Nº 6.856, DE 25 DE MAIO DE 2009.**

Regulamenta o art. 206-A da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 – Regime Jurídico Único, dispondo sobre os exames médicos periódicos de servidores.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 206-A da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990,

**DECRETA:**

Art. 1º A realização dos exames médicos periódicos dos servidores da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, de que trata o [art. 206-A da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990](#), observará o disposto neste Decreto.

Art. 2º A realização de exames médicos periódicos tem como objetivo, prioritariamente, a preservação da saúde dos servidores, em função dos riscos existentes no ambiente de trabalho e de doenças ocupacionais ou profissionais.

Art. 3º Os servidores regidos pela [Lei nº 8.112, de 1990](#), serão submetidos a exames médicos periódicos, conforme programação adotada pela administração pública federal.

Parágrafo único. Na hipótese de acumulação permitida de cargos públicos federais, o exame deverá ser realizado com base no cargo de maior exposição a riscos nos ambientes de trabalho.

Art. 4º Os exames médicos periódicos serão realizados conforme os seguintes intervalos de tempo:

I - bial, para os servidores com idade entre dezoito e quarenta e cinco anos;

II - anual, para os servidores com idade acima de quarenta e cinco anos; e

III - anual ou em intervalos menores, para os servidores expostos a riscos que possam implicar o desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional ou profissional e para os portadores de doenças crônicas.

Art. 5º Os servidores que operam com Raios X ou substâncias radioativas serão submetidos a exames médicos complementares a cada seis meses.

Art. 6º A administração pública federal poderá programar a submissão dos servidores à avaliação clínica e aos exames laboratoriais, a seguir especificados, bem como a outros considerados necessários, a seu critério:

I - avaliação clínica;

II - exames laboratoriais:

a) hemograma completo;

b) glicemia;

c) urina tipo I (Elementos Anormais e Sedimentoscopia - EAS);

d) creatinina;

e) colesterol total e triglicérides;

f) AST (Transaminase Glutâmica Oxalacética - TGO);

g) ALT (Transaminase Glutâmica Pirúvica - TGP); e

h) citologia oncótica (Papanicolau), para mulheres;

III - servidores com mais de quarenta e cinco anos de idade: oftalmológico; e

IV - servidores com mais de cinquenta anos:

a) pesquisa de sangue oculto nas fezes (método imunocromatográfico);

b) mamografia, para mulheres; e

c) PSA, para homens.

Parágrafo único. O exame de citologia oncótica é anual para mulheres que possuem indicação médica e, caso haja dois exames seguidos com resultados normais num intervalo de um ano, o exame poderá ser feito a cada três anos.

Art. 7º Os servidores expostos a agentes químicos serão submetidos aos exames específicos de acordo com as dosagens de indicadores biológicos previstos em normas expedidas pelo Ministério do Trabalho e Emprego ou pelo Ministério da Saúde.

Art. 8º Os servidores expostos a outros riscos à saúde serão submetidos a exames complementares previstos em normas de saúde, a critério da administração.

Art. 9º Compete à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão:

I - definir os protocolos dos exames médicos periódicos, tendo por base a idade, o sexo, as características raciais, a função pública e o grau de exposição do servidor a riscos nos ambientes de trabalho;

II - supervisionar a realização desses exames pelos órgãos e entidades da administração pública federal;

III - expedir normas complementares à aplicação deste Decreto; e

IV - estabelecer procedimentos para preservação do sigilo das informações sobre a saúde do servidor, restringindo-se o acesso apenas ao próprio servidor, ou a quem este autorizar, e ao profissional de saúde responsável.

Parágrafo único. Os dados dos exames periódicos comporão prontuário eletrônico, para fins coletivos de vigilância epidemiológica e de melhoria dos processos e ambientes de trabalho, sendo garantido o sigilo e a segurança das informações individuais, de acordo com o previsto em normas de segurança expedidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 10. As despesas decorrentes deste Decreto serão custeadas pela União, com recursos destinados à assistência médica e odontológica aos servidores, empregados e seus dependentes, nos limites das dotações orçamentárias consignadas a cada unidade orçamentária.

Art. 11. Os exames médicos periódicos, a cargo dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC, serão prestados:

I - diretamente pelo órgão ou entidade;

II - mediante convênio ou instrumento de cooperação ou parceria com os órgãos e entidades da administração direta, autárquica e fundacional; ou

III - mediante contrato administrativo, observado o disposto na [Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993](#), e demais disposições legais.

Art. 12. É lícito ao servidor se recusar a realizar os exames, mas a recusa deverá ser por ele consignada formalmente ou reduzido a termo pelo órgão ou entidade.

Art. 13. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 25 de maio de 2009; 188<sup>º</sup> da Independência e 121<sup>º</sup> da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA  
*Paulo Bernardo Silva*

Este texto não substitui o publicado no DOU de 26.5.2009

**ANEXO C – PORTARIA NORMATIVA Nº 3, DE 30 DE JULHO DE 2009.****PORTARIA NORMATIVA MP/SRH Nº 3, DE 30 DE JULHO DE 2009 - DOU DE 31/07/2009**

*Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas e dá outras providências.*

**O SECRETÁRIO DE RECURSOS HUMANOS DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO**, no uso de suas atribuições e considerando o disposto no [Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004](#), que regulamenta o art. 230 da [Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990](#), e tendo em vista o [Decreto nº 6.081, de 12 de abril de 2007](#), resolve:

Art. 1º Os procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, relativos à assistência à saúde suplementar do servidor ativo ou inativo, seus dependentes e pensionistas, deverão observar as disposições desta Portaria.

Parágrafo único. Os servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas referidos no caput são considerados beneficiários, para efeitos desta Portaria.

Art. 2º A assistência à saúde dos beneficiários, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC, será prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS e, de forma suplementar, mediante:

I - convênio com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão;

II - contrato com operadoras de plano de assistência à saúde, observado o disposto na [Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993](#);

III - serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou

IV - auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento, quando não adotado pelo órgão ou entidade do SIPEC o contido no inciso II deste artigo.

§ 1º Nos casos de serviço prestado diretamente, cada órgão ou entidade do SIPEC deverá editar um regulamento ou estatuto de gestão própria, observadas as normas previstas nesta Portaria, ressalvados os casos previstos em lei específica.

§ 2º A celebração de convênios com operadoras de plano de assistência à saúde organizadas na modalidade de autogestão somente é cabível entre o órgão e a entidade por ele patrocinada.

Art. 3º Os planos de saúde aos beneficiários dos órgãos e entidades do SIPEC contemplarão a assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

§ 1º A cobertura definida no caput observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§ 2º Todas as modalidades de gestão da assistência à saúde suplementar atenderão o termo de referência básico constante no anexo desta Portaria, com as exceções previstas na [Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998](#).

§ 3º Os servidores ativos ou inativos, seus dependentes e pensionistas poderão complementar o custeio de planos de assistência à saúde suplementar superiores ao mínimo previsto no termo de referência básico, sem qualquer custo adicional para a Administração Pública.

§ 4º É facultada aos órgãos ou entidades do SIPEC a contratação de planos de saúde que contemplem a cobertura odontológica.

§ 5º A contratação dos planos de assistência médico-hospitalar e odontológica deverá ser feita separadamente sempre que for técnica e economicamente viável.

## **DOS BENEFICIÁRIOS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR**

Art. 4º Para fins desta Portaria, são beneficiários do plano de assistência à saúde:

I - na qualidade de servidor, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e de emprego público, da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações;

II - na qualidade de dependente do servidor:

a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;

b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;



- d) os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e
- f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".

III - pensionistas de servidores de órgãos ou entidades do SIPEC.

Parágrafo único. A existência do dependente constante das alíneas "a" ou "b" do inciso II desobriga a assistência à saúde do dependente constante da alínea "c" daquele inciso.

Art. 5º Os beneficiários de pensão poderão permanecer no plano de assistência à saúde de que trata esta Portaria, na mesma condição, mediante opção a ser efetivada junto ao órgão ou entidade de manutenção do benefício.

Art. 6º A operadora poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o servidor ativo ou inativo, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

#### **DA INSCRIÇÃO, ADESÃO, EXCLUSÃO E SUSPENSÃO DOS BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR**

Art. 7º É voluntária a inscrição, a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata esta Portaria.

Art. 8º Caberá aos órgãos e entidades do SIPEC encaminhar à operadora conveniada ou contratada as solicitações de inscrição, adesão, exclusão e suspensão dos servidores ativos, inativos e pensionistas.

§ 1º No caso de serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, a inscrição, adesão, exclusão e suspensão dos beneficiários será realizada pelo respectivo órgão ou entidade setorial ou seccional do SIPEC, ressalvados os casos previstos em legislação específica.

§ 2º A comunicação de inscrição, de exclusão ou suspensão de beneficiário no plano de assistência à saúde será efetivada em conformidade com o cronograma estabelecido no convênio, contrato, regulamento ou estatuto do serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, sendo a data considerada no cronograma o marco para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

Art. 9º Os beneficiários excluídos de plano de assistência à saúde deverão entregar seus cartões de identificação aos órgãos e entidades do SIPEC, para devolução à operadora.

§ 1º A exclusão do servidor implicará a exclusão de todos os seus dependentes.

§ 2º As exclusões de plano de assistência à saúde suplementar ocorrerão nas seguintes situações:

- a) suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- b) exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
- c) redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;
- d) licença sem remuneração;
- e) decisão administrativa ou judicial;
- f) voluntariamente, por opção do servidor; e
- g) outras situações previstas em lei.

§ 3º No caso de licença sem remuneração, afastamento legal, ou em caso de suspensão temporária de remuneração ou proventos, o servidor ativo ou inativo poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º, da [Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990](#), alterada pela [Lei nº 10.667, de 14 de maio de 2003](#).

§ 4º Ressalvadas as situações previstas no § 2º, a exclusão do servidor dar-se-á, também, por fraude ou inadimplência.

## DO CUSTEIO

Art. 10. O custeio da assistência à saúde suplementar dos beneficiários constantes do art. 4º desta Portaria é de responsabilidade da Administração Pública Federal direta, de suas autarquias e fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, condicionado à disponibilidade orçamentária, e dos servidores, ressalvados os casos previstos em lei específica.

§ 1º O valor a ser despendido pelos órgãos e entidades do SIPEC com assistência à saúde suplementar terá por base a dotação específica consignada nos respectivos orçamentos.

§ 2º O valor da contrapartida de responsabilidade dos órgãos e entidades do SIPEC, definida no Orçamento Geral da União, terá como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde suplementar, observadas as disposições do art. 4º desta Portaria, e será repassada à operadora na data estabelecida no respectivo convênio ou contrato.

Art. 11. A contribuição mensal do titular do benefício, destinada exclusivamente ao custeio da assistência à saúde suplementar, corresponderá a um valor fixo definido em convênio ou contrato, observado o disposto em cláusulas de convênios, dos regulamentos ou estatutos das entidades.

§ 1º Os valores de contribuição referentes ao plano de saúde suplementar poderão ser consignados em folha de pagamento dos servidores ativos, inativos e pensionistas, de acordo com o disposto na legislação vigente.

§ 2º A atualização das contribuições a que se refere o caput será efetuada mediante a apresentação ao órgão competente das planilhas demonstrativas de custos assistenciais dos planos de saúde apresentados para os órgãos e entidades do SIPEC.

§ 3º Eventual participação no custo dos serviços utilizados não poderá ser cobrada mediante consignação em folha de pagamento, até regulamentação específica da matéria.

#### **DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

Art. 12. Caberá às operadoras conveniadas e contratadas encaminhar, anualmente, aos órgãos ou entidades do SIPEC, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários, em conformidade com as normas estabelecidas.

Parágrafo único. Os dados e documentos relativos à prestação de contas abrangida no caput deverão estar à disposição da Secretaria de Recursos Humanos e dos órgãos de controle interno.

#### **DA SUPERVISÃO DOS CONVÊNIOS OU CONTRATOS**

Art. 13. Caberá aos órgãos e entidades do SIPEC a supervisão dos convênios e contratos referidos nesta Portaria.

Art. 14. Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, cada órgão ou entidade do SIPEC designará um representante para atuar junto à operadora conveniada ou contratada, nos termos dos convênios e contratos.

Art. 15. No cumprimento de sua atividade supervisora, a Secretaria de Recursos Humanos poderá solicitar, a qualquer tempo, documentos e informações sobre a gestão dos convênios e contratos aos órgãos e entidades do SIPEC.

#### **DOS CONVÊNIOS**

Art. 16. Para a celebração de convênios com a Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações, as operadoras de planos de saúde deverão atender as seguintes condições:

- I - ser classificada como entidade de autogestão, nos termos das normas estipuladas pela ANS; e
- II - não ter finalidade lucrativa.

## **DOS CONTRATOS**

Art. 17. As operadoras de planos de saúde, para celebrar contratos com a Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações, na forma do disposto no art. 1º, inciso II, do [Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro 2004](#), com a redação dada pelo [Decreto nº 5.010, de 9 de março de 2004](#), deverão:

- I - possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde - ANS, ou comprovar regularidade no processo instaurado na referida Agência;
- II - ter sido regularmente selecionada através de processo competente observado o disposto na [Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993](#), e nesta Portaria; e

## **DAS DISPOSIÇÕES COMUNS AOS CONVÊNIOS E CONTRATOS**

Art. 18. Para atender o disposto no art. 2º, ficam as operadoras obrigadas a:

- I - oferecer e disponibilizar ato dos os beneficiários dos planos de assistência à saúde suplementar, na área de abrangência do órgão ou entidade ao qual está vinculado o titular do benefício, os serviços assistenciais previstos no art. 3º, por meios próprios ou por intermédio de rede de prestadores de serviços;
- II - oferecer e disponibilizar planos de saúde com coberturas e redes credenciadas diferenciadas aos servidores do órgão ou entidade do SIPEC;
- III - oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional, independentemente da área de abrangência do órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o titular do benefício;
- IV - manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;
- V - fornecer identificação individual aos beneficiários; e
- VI - designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com o órgão ou entidade do SIPEC conveniente ou contratante.

## DO SERVIÇO PRESTADO DIRETAMENTE PELO ÓRGÃO OU ENTIDADE

Art. 19. Entende-se como serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, o oferecimento de assistência à saúde suplementar ao servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas, por meio de rede de prestadores de serviços mediante gestão própria ou contrato.

Parágrafo único. O serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade deverá dispor, por meios próprios ou contratados, de infra-estrutura administrativa e operacional necessária para o gerenciamento do serviço de assistência à saúde suplementar, observadas as demais disposições desta Portaria.

Art. 20. É vedada a inclusão de beneficiários de outros órgãos e entidades do SIPEC, inclusive na qualidade de dependente, ao serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

Art. 21. Serão criados Conselhos Consultivos paritários no âmbito dos órgãos e entidades, eleitos de forma direta entre seus pares, para fins de encaminhamento dos assuntos relacionados aos serviços prestados, respeitados os casos previstos em lei específica.

Art. 22. Os valores da contribuição mensal do servidor, ativo ou inativo, de seus dependentes e do pensionista, de que trata o art. 11 desta Portaria, serão indicados pelos Conselhos Consultivos paritários e aprovados pelo órgão ou entidade do SIPEC, ressalvados os casos previstos em lei específica.

Art. 23. A partir da vigência desta Portaria, a criação de serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade do SIPEC exigirá regulamento ou estatuto específico do serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade aprovado pela SRH/MP.

Art. 24. A avaliação atuarial, que servirá de base para o estabelecimento da receita, despesa e fundo de reserva do respectivo exercício financeiro, deverá ser realizada no início de cada ano civil.

Art. 25. Para a contratação de rede de prestação de serviço deverá ser observado o disposto na [Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993](#).

## DO AUXÍLIO

Art. 26. O servidor ativo, inativo e o pensionista poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, por beneficiário, ainda que o órgão ou entidade ofereça assistência direta ou por convênio de autogestão, desde que comprovada a contratação particular de

plano de assistência à saúde suplementar que atenda às exigências contidas no termo de referência básico, anexo desta Portaria.

§ 1º Em caso de o servidor aderir ao convênio ou serviço prestado diretamente pelo órgão, não lhe será concedido o auxílio de que trata o caput.

§ 2º O auxílio de caráter indenizatório mediante ressarcimento não poderá ser concedido no caso de o órgão ou entidade oferecer assistência à saúde suplementar por meio de contrato.

Art. 27. Para fazer jus ao auxílio, o plano de assistência à saúde suplementar, contratado diretamente pelo servidor, deverá atender, no mínimo, ao termo de referência básico, anexo desta Portaria.

Art. 28. O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício e será pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor, de cópia do pagamento do boleto do plano de saúde, desde que apresentada ao órgão setorial ou seccional do SIPEC ao qual está vinculado, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

Art. 29. O auxílio poderá também ser requerido para cobrir despesas com planos de assistência odontológica, observadas as regras contidas no art. 26 desta Portaria.

### **DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS**

Art. 30. Os convênios e contratos vigentes somente serão renovados mediante o cumprimento das disposições contidas nesta Portaria.

Art. 31. A partir do exercício de 2010, os recursos orçamentários para o custeio da saúde suplementar do servidor serão calculados mensalmente com base no número de beneficiários (servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas) devidamente cadastrados no SIAPE e o valor *per capita* estabelecido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Parágrafo único. Os órgãos e entidades do SIPEC ficam obrigados a atualizar o módulo de dependentes no SIAPE, e o cadastro dos servidores ativos, inativos e pensionistas titulares dos planos de saúde.

### **DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 32. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do servidor ativo ou inativo, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde contratado ou conveniado pelo órgão ou entidade

desde que o valor do custeio seja assumido pelo próprio servidor, observados os mesmos valores com ele conveniados ou contratados.

Art. 33. É vedada a exclusão de beneficiário em decorrência de insuficiência de margem consignável do titular do benefício.

Parágrafo único. Durante o período de insuficiência de margem consignável, o disposto no caput não exime o beneficiário do pagamento dos débitos de contribuição e participação de sua responsabilidade.

Art. 34. O beneficiário titular poderá solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde suplementar a que estiver vinculado a qualquer tempo, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.

Parágrafo único. O cancelamento da inscrição a que se refere o caput implicará a cessação dos direitos de utilização da assistência à saúde pelo titular e seus dependentes, junto à operadora conveniada, contratada ou ao serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

Art. 35. O servidor ativo, inativo e o pensionista não inscrito em plano de assistência à saúde suplementar, nas condições previstas nesta Portaria, não fará jus ao custeio de que trata o art. 10.

Art. 36. A aplicação das disposições contidas nesta Portaria dependerá de previsão orçamentária e financeira.

Art. 37. A transferência dos valores referentes ao custeio e às contribuições dos servidores às respectivas operadoras obedecerá rigorosamente ao cronograma previsto no termo de convênio ou contrato.

Art. 38. A operacionalização dos serviços para fins de aplicação do benefício de que trata esta Portaria é de responsabilidade exclusiva dos órgãos e entidades do SIPEC.

Art. 39. O órgão ou entidade determinará, para todos os seus servidores, uma única modalidade de gestão de saúde suplementar.

Parágrafo único. Excetua-se da regra estabelecida no caput deste artigo o disposto no artigo 26 desta Portaria Normativa.

Art. 40. Ficam revogadas as Portarias Normativas SRH nº 1, de 27 de dezembro de 2007 e nº 4, de 24 de junho de 2008.

Art. 41. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no caput do art. 22 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, da ANS.

Art. 42. Os prazos de carência bem como as demais situações não previstas nesta Portaria deverão observar as normas regulamentares da ANS.

Art. 43. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

***DUVANIER PAIVA FERREIRA***

Este texto não substitui o publicado no DOU de 31/07/2009 - seção 1 - págs. 64 a 67.

## **ANEXO**

### **TERMO DE REFERÊNCIA BÁSICO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

#### **1. OBJETO**

1.1. O presente instrumento tem por objeto regular o plano de referência básico dos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas vinculados aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, nos termos do art. 230 da [Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990](#).

1.2. É obrigatório ato das as operadoras que prestam assistência à saúde aos beneficiários vinculados aos órgãos do SIPEC o oferecimento do plano de referência básico que contemple as regras estabelecidas neste instrumento.

1.2.1. Entende-se por beneficiário, na condição de titular do plano, o servidor ativo e inativo ou pensionista. Somente o servidor, ativo ou inativo, poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

1.3. É obrigatória a oferta de outros planos de assistência à saúde, respeitadas as coberturas mínimas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

1.4. Os planos oferecidos aos beneficiários vinculados aos órgãos do SIPEC caracterizam-se como planos privados coletivos empresariais, que oferecem cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação estatutária, com adesão espontânea e opcional.



## 2. INCLUSÃO

2.1. Poderão inscrever-se no plano, nas seguintes categorias:

2.1.1. Na qualidade de servidor, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, bem como de emprego público vinculado a órgão ou entidade da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações;

2.1.2. Na qualidade de dependente do servidor:

a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;

b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

d) os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

e) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".

2.1.3. Pensionistas de servidores de órgão ou entidade do SIPEC.

2.1.4. A existência do dependente constante nas letras "a" e "b" do subitem 2.1.2. desobriga a assistência à saúde do dependente constante na letra "c" do referido subitem.

2.1.5. O pai ou padrasto, a mãe ou madrastra, dependentes economicamente do servidor ativo ou inativo, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde contratado ou conveniado pelo órgão ou entidade desde que o valor do custeio seja assumido pelo próprio servidor, observados os mesmos valores com ele conveniados ou contratados.

2.2. Os pensionistas poderão permanecer no plano de assistência à saúde, de que trata a Portaria, desde que façam a opção por permanecer como beneficiário do plano, junto ao setorial ou seccional do SIPEC.

2.2.1. Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência, no mesmo plano, o pensionista que se inscrever, nessa condição, dentro de 30 (trinta) dias do óbito do servidor.

2.3. A operadora poderá admitir a inscrição de agregados no plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou segundo grau por afinidade, com o titular, desde que assumam, integralmente, o respectivo custeio.

2.4. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata a Portaria.

2.5. Caberá aos órgãos e entidades do SIPEC encaminhar as solicitações dos respectivos servidores ativos, inativos e pensionistas, habilitados para a efetivação de inscrição e exclusão junto à operadora conveniada ou contratada.

2.5.1. No caso de serviço diretamente prestado pelo órgão ou entidade, a inscrição e a exclusão dos beneficiários será realizada pelo respectivo órgão ou entidade do SIPEC, ressalvados os casos previstos em legislação específica.

2.5.2. A comunicação de inscrição de beneficiário no plano de assistência à saúde ou de sua exclusão do referido plano deverá ser feita de acordo com as datas que forem estabelecidas no convênio, contrato ou no regulamento ou estatuto do serviço diretamente prestado pelo órgão ou entidade, sendo essa data considerada para fins de

início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

2.6. Os beneficiários excluídos do plano de assistência à saúde terão seus cartões de identificação recolhidos pelos órgãos e entidades do SIPEC, que os devolverão à operadora.

2.6.1. A exclusão do servidor implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

2.6.2. A exclusão do servidor do plano de assistência à saúde suplementar dar-se-á pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição e demissão, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano, observado o disposto no artigo 30 da [Lei nº 9.656, de 1998](#).

2.6.3. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º da [Lei nº 8.112, de 1990](#), alterada pelo art. 9º da [Lei 11.302, de 10 de maio de 2006](#).

2.6.4. Independentemente da situação prevista no item 2.6.2, a exclusão do servidor dar-se-á também por fraude ou inadimplência.

2.7. Caberá ao órgão ou entidade do SIPEC a apresentação de documentos que comprovem o vínculo do servidor ativo ou inativo e pensionista e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com o servidor ativo ou inativo, quando solicitados pela operadora.

2.8. É assegurada a inclusão:

2.8.1. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento;

2.8.2. do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, ativo ou inativo, adotante.

2.9. É garantido aos servidores exonerados a manutenção no plano de saúde, após a perda do vínculo com o órgão ou entidade do SIPEC, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

### 3. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como nas Resoluções CONSU nº 11 e 12 de 1998.

3.2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

3.2.1. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.2.2. apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

3.2.3. atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, durante a carência para o plano médico hospitalar.

3.3. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, inclui:

3.3.1. internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.3.2. internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

3.3.3. diária de internação hospitalar;

3.3.4. despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

3.3.5. exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

3.3.6. taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

3.3.7. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

3.3.8. cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;

3.3.9. cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

3.3.10. órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

3.3.11. procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

3.3.12. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;

3.3.13. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

3.3.14. Cobertura de transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, em prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

3.3.15. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso a acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

3.3.16. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.

3.4. É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas conseqüências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

#### **4. EXCLUSÕES DE COBERTURA**

4.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 1998, as Resoluções do CONSU, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei. São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:

- 4.1.1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 4.1.2. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- 4.1.3. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 4.1.4. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 4.1.5. inseminação artificial;
- 4.1.6. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 4.1.7. tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

- 4.1.8. transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 4.1.9. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 4.1.10. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 4.1.11. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;
- 4.1.12. tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 4.1.13. casos de cataclismos, guerras e como ações internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 4.1.14. aplicação de vacinas preventivas;
- 4.1.15. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 4.1.16. aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 4.1.17. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 4.1.18. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- 4.1.19. consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

## **5. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

- 5.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
- 5.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- 5.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:
  - 5.3.1. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação;
  - 5.3.2. Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando a continuidade do atendimento.

## **6. REEMBOLSO**

6.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela operadora, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que:

6.1.1. O serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

6.1.2. Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

6.1.3. Houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

6.2. O reembolso dos procedimentos realizados fora da área de abrangência do plano poderá ser efetuado desde que estabelecido em contrato, convênio, estatuto ou regimento do serviço diretamente prestado pelo órgão ou entidade do SIPEC.

6.3. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original abaixo elencados, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

6.3.1. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

6.3.2. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

6.3.3. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e

6.3.4. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

6.4. Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

## **7. REMOÇÃO**

7.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

7.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

7.2.1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;

7.2.2. A operadora deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

7.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 5.3.2, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

## **8. MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

8.1. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da operadora, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

8.2. O pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde será efetuado diretamente ao referenciado ou contratado, desde que atestados pelo beneficiário.

8.3. No ato do atendimento o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente como cartão da operadora do plano de saúde.

8.4. A operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

8.4.1. Nos casos em que a operadora estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

8.4.2. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de quarenta e oito horas contadas da formalização do processo.

8.4.2.1. A junta médica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

8.5. A operadora reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da [Lei nº 9.656, de 1998](#).

8.5.1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

8.5.1.1. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade da operadora durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

8.5.2. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

8.6. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

8.7. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

8.8. A operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.



**ANEXO D – CIRCULAR Nº 006/2009/DP/UFG**

Circular nº 006/2009/DP/UFG

Em 05 de agosto de 2009.

**Aos servidores ativos, aposentados e pensionistas vinculados à UFG.**

**Assunto:** Assistência à saúde suplementar – ressarcimento.

Prezados Senhores,

1. Informamos que, de acordo com a Portaria Normativa/MP nº 3 de 30 de julho de 2009, os beneficiários que optaram por convênio particular com operadoras de assistência à saúde terão direito ao auxílio indenizatório, por meio de ressarcimento, a partir da folha de setembro/2009, exceto os optantes pelo convênio com a GEAP e CAPESESP pela UFG, conforme discriminado abaixo:

*“Art. 4º- Para fins desta Portaria, são beneficiários do plano de assistência à saúde:*

*I - na qualidade de servidor, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e de emprego público, da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações;*

*II - na qualidade de dependente do servidor:*

*a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;*

*b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;*

*c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;*

*d) os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;*

*e) os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e*

*f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".*

*III - pensionistas de servidores de órgãos ou entidades do SIPEC.*

2. Informamos ainda que o referido ressarcimento será efetivado ao servidor titular do plano de saúde, mediante comprovante mensal de pagamento efetuado junto à operadora, sendo que para os dependentes, somente após o devido cadastramento na Seção de Cadastro do Departamento do Pessoal, com apresentação dos seguintes documentos, conforme o caso: Certidão de Casamento, Certidão de Nascimento, Identidade e CPF, comprovante de matrícula para os estudantes (alínea **e**) e termo de guarda judicial (alínea **f**).
3. Para os beneficiários do Ipasgo e Samed com desconto em folha e para os beneficiários da Unimed via Adufg, não será necessária apresentação de comprovante, somente cadastramento dos dependentes.
4. Esclarecemos que o primeiro ressarcimento, referente à folha de **setembro/2009**, terá o prazo máximo até dia **10/09/2009** para o cadastramento dos dependentes e a entrega do comprovante do pagamento referente ao mês de agosto. Para os meses subsequentes o prazo máximo será até o dia 10 de cada mês.
5. Para maiores informações, entrar em contato conosco, através de nossos telefones e ainda através do nosso site: [www.dp.ufg.br](http://www.dp.ufg.br), no link: Fale Conosco.

***Adm. Winston Garcia***

Diretor do Departamento do Pessoal

## ANEXO E – PORTARIA CONJUNTA SRH/SOF/MP - Nº 1, DE 29/12/2009

Diário Oficial da União - Seção 1

ISSN 1677-7042

91



## SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS

## PORTARIA CONJUNTA SRH/SOF/MP Nº 1, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2009

Estabelece os valores da participação da União no custeio da assistência à saúde suplementar do servidor e demais beneficiários de que trata a Portaria Normativa SRH Nº 3, de 30 de julho de 2009.

A SECRETÁRIA DE RECURSOS HUMANOS, SUBSTITUTA E A SECRETARIA DE ORÇAMENTO FEDERAL DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso das atribuições que lhes confere o Decreto Nº 6.929, de 6 de agosto de 2009, e considerando o disposto no Decreto Nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, que regulamenta o art. 230 da Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e na Portaria Normativa SRH Nº 3, de 30 de julho de 2009, resolvem:

Art. 1º Os procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, relativos à participação da União no custeio da assistência à saúde suplementar do servidor e demais beneficiários de que trata a Portaria Normativa SRH Nº 3, de 30 de julho de 2009, deverão observar, a partir de 1º de janeiro de 2010, os valores per capita constantes do Anexo desta Portaria.

Art. 2º As dotações orçamentárias consignadas na ação 2004 - Assistência Médica e Odontológica a Servidores, Empregados e seus Dependentes para o exercício de 2010 serão reavaliadas e ajustadas, em nível de unidade orçamentária, considerando-se os valores per capita constantes do Anexo desta Portaria e o número de beneficiários de planos de saúde cadastrado no Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE.

Art. 3º O critério para a definição dos limites orçamentários para a elaboração das propostas orçamentárias anuais e para a concessão de créditos adicionais no decorrer de cada exercício, destinados à saúde suplementar dos servidores pertencentes aos órgãos previstos no art. 1º desta Portaria, considerará sempre os valores per capita vigentes e o número de beneficiários de planos de saúde cadastrado no SIAPE.

Art. 4º Excluem-se dos critérios estabelecidos nesta Portaria, o Ministério das Relações Exteriores, no que tange a planos de saúde contratados para atender servidores no exterior, as empresas estatais dependentes e o Banco Central.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA DO SOCORRO MENDES GOMES

CÉLIA CORRÊA

## ANEXO

FAIXAS		VALORES PER CAPITA (R\$ 1,00)
POR REMUNERAÇÃO (R\$ 1,00)	POR IDADE	
0000 - 1.499	00 - 18	106
	19 - 28	111
	29 - 43	117
	44 - 58	123
	59 OU +	129
1.500 - 1.999	00 - 18	101
	19 - 28	106
	29 - 43	111
	44 - 58	117
	59 OU +	123
2.000 - 2.499	00 - 18	96
	19 - 28	101
	29 - 43	106
	44 - 58	111
	59 OU +	117
2.500 - 2.999	00 - 18	92
	19 - 28	96
	29 - 43	101
	44 - 58	106
	59 OU +	111
3.000 - 3.999	00 - 18	87
	19 - 28	92
	29 - 43	96
	44 - 58	101
	59 OU +	106
4.000 - 5.499	00 - 18	79
	19 - 28	81
	29 - 43	83
	44 - 58	84
	59 OU +	86
5.500 - 7.499	00 - 18	76
	19 - 28	77
	29 - 43	79
	44 - 58	80
	59 OU +	82
7.500 ou +	00 - 18	72
	19 - 28	73
	29 - 43	75
	44 - 58	76
	59 OU +	78

**ANEXO F – PORTARIA NORMATIVA Nº 03, DE 07 DE MAIO DE 2010****PORTARIA NORMATIVA MPOG Nº 3, DE 07 DE MAIO 2010 -  
DOU DE 10/05/2010**

**REPUBLICAÇÃO** - [PORTARIA NORMATIVA MPOG Nº 03, DE 7 DE MAIO DE 2010 - DOU DE 18/08/2010](#) - Republicada por ter saído no DOU Nº 87 de 10-5-10, Seção 1, págs 80 e 81, com incorreção no original.

Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor - NOSS aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, com o objetivo de definir diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de [trabalho](#) e promoção à saúde do servidor.

*O SECRETÁRIO DE RECURSOS HUMANOS DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso da atribuição que lhe confere os incisos I e II do art. 35 do Anexo ao Decreto nº 7.063, de 13 de janeiro de 2010, e tendo em vista o que dispõe a [Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977](#), a [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#); os arts. 68 a 75; 83; 183 a 196; 202 a 214; e 230 da [Lei nº 8.112, de 11, de dezembro de 1990](#), a Convenção nº 155 da OIT, de 22 de junho de 1981, a Convenção nº 161 da OIT, de 26 de junho de 1985, o [Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009](#), o [Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009](#), a Portaria MS nº 777, de 28 de abril de 2004, Portaria MS nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999, a Portaria MS nº 3.120, de 1º de julho de 1998 e a Portaria MS nº 3.908, de 30 de outubro de 1998, resolve:*

Art. 1º Fica instituída a Norma Operacional de Saúde do Servidor - NOSS, com o objetivo de definir diretrizes gerais para a implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e [promoção](#) à saúde do Servidor Público Federal, para os órgãos e entidades que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, na forma do [Anexo](#) a esta Portaria Normativa.

Art. 2º Caberá à Secretaria de Recursos Humanos, por intermédio do Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor - DESAP, acompanhar a implementação desta Portaria Normativa.

Art.3º Esta Portaria Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

## **DUVANIER PAIVA FERREIRA**

Este texto não substitui o publicado no DOU de 10/05/2010 - seção 1 - pág. 80.

### **ANEXO**

#### **DISPOSIÇÕES PRELIMINARES DA NORMA OPERACIONAL DE SAÚDE DO SERVIDOR**

#### **PÚBLICO FEDERAL - NOSS**

Art 1º A Norma Operacional de Saúde do Servidor Público Federal - NOSS integra o conjunto de ações da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal, e é resultado de um processo de discussão, [encontros](#) e oficinas, que teve a participação de técnicos de diversos órgãos e entidades da Administração Pública Federal, sob coordenação do Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor - DESAP/SRH/MP, com a finalidade de criar um instrumento que oriente a implantação de serviços e o desenvolvimento de ações inerentes às áreas de Vigilância e Promoção à Saúde do Servidor Público Federal.

Parágrafo único. Trata-se de uma política transversal nos diferentes órgãos e entidades da Administração Pública Federal, com diretrizes centrais de natureza normatizadora, mas com sua implantação descentralizada e coletivizada, por meio da gestão participativa dos atores envolvidos e com foco na integralidade das ações.

Art. 2º A concepção que fundamenta as ações de atenção à saúde do servidor prioriza a prevenção dos riscos à saúde, a avaliação ambiental e a melhoria das condições e da organização do processo de trabalho de modo a ampliar a autonomia e o protagonismo dos servidores.

#### **DOS OBJETIVOS**

Art. 3º A NOSS tem por objetivo definir as diretrizes gerais para implementação das ações de Vigilância e Promoção à Saúde do Servidor Público Federal, para os órgãos e entidades que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC.

Parágrafo único. A norma de que trata o caput integra a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor nos aspectos referentes à Vigilância e Promoção da Saúde, sustentando-se na interrelação entre os eixos de vigilância e promoção, perícia médica e assistência à saúde do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS, no trabalho em equipe multiprofissional com abordagem transdisciplinar.

#### **DISPOSIÇÕES GERAIS**

##### **Seção I**

##### **Dos Conceitos**

Art. 4º Para os fins desta Norma Operacional entende-se:

I - Acidente em serviço é o evento súbito, indesejado ou inesperado em relação ao momento da ocorrência, do qual possa resultar ou não, dano físico ou psíquico ao servidor, relacionado, mediata ou imediatamente, com as atribuições do cargo e ou função exercida, podendo causar, ainda, danos materiais e econômicos à organização. Equiparam-se ao acidente em serviço os danos decorrentes de agressão sofrida e não provocada pelo servidor no exercício de suas atribuições, o acidente no percurso da residência para o trabalho e vice-versa e as doenças relacionadas ao trabalho.

II - Ambiente de trabalho é o conjunto de bens, instrumentos e meios de natureza material e imaterial, no qual o servidor exerce suas atividades laborais. Representa o complexo de fatores que estão presentes no local de trabalho e interação com o servidor.

III - Condições de trabalho são as características do ambiente e da organização do trabalho. Trata-se de uma mediação física-estrutural entre o homem e o trabalho que pode afetar o servidor, causando sofrimento, desgaste e doenças.

IV - Equipe multiprofissional é composta por profissionais de diferentes formações e especialidades para atuar no âmbito da vigilância e promoção de saúde agregando esforços para analisar e intervir nas questões de saúde, sob diferentes ângulos da dimensão biopsicossocial. A relação entre os profissionais, resguardadas suas competências, será de interdependência e complementaridade.

V - Organização do trabalho é o modo como o trabalho é estruturado e gerenciado desde sua concepção até a sua finalização. VI - Prevenção é a disposição prévia dos meios e conhecimentos necessários para evitar danos ou agravos à saúde do servidor, em decorrência do ambiente, dos processos de trabalho e dos hábitos de vida.

VII - Processo de trabalho é a realização de atividades desenvolvidas, individualmente ou em equipe, constituindo-se num conjunto de recursos e atividades organizadas e interrelacionadas, que transformam insumos e produzem serviços e que pode interferir na saúde física e psíquica do servidor.

VIII - Promoção à Saúde do Servidor é o conjunto de ações dirigidas à saúde do servidor, por meio da ampliação do conhecimento da relação saúde-doença e trabalho. Objetiva o desenvolvimento de práticas de gestão, de atitudes e de comportamentos que contribuam para a proteção da saúde no âmbito individual e coletivo.

IX - Proteção da saúde é o conjunto de medidas adotadas com a finalidade de reduzir e/ou eliminar os riscos decorrentes do ambiente, do processo de trabalho e dos hábitos de vida.

X - Risco é toda condição ou situação de trabalho que possa comprometer o equilíbrio físico, psicológico e social dos indivíduos, causar acidente, doença do trabalho e/ou profissional.

XI - Vigilância em Saúde do Servidor é o conjunto de ações contínuas e sistemáticas, que possibilita detectar, conhecer, pesquisar, analisar e monitorar os fatores determinantes e condicionantes da saúde relacionados aos ambientes e processos de trabalho, e tem por objetivo planejar, implantar e avaliar intervenções que reduzam os riscos ou agravos à saúde.

## **Seção II**

### **Das Diretrizes**

Art. 5º Para o cumprimento desta Norma e da implementação das ações de Vigilância e Promoção à Saúde, os órgãos e entidades da Administração Pública Federal devem nortear-se pelas seguintes diretrizes:

I - Universalidade e equidade - a vigilância em saúde e a promoção da saúde do servidor contempla a todos que trabalham nas instituições públicas federais, reconhecendo igualmente o direito de cada servidor.

II - Integralidade das ações - o conjunto de atividades individuais e coletivas, articuladas para potencializar as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos servidores.

III - Acesso à informação - promover o repasse de informações aos servidores, sobretudo aquelas referentes aos riscos e aos resultados de pesquisas a respeito da saúde, privilegiando a implantação de canais de comunicação interna.

IV - Participação dos Servidores - assegurar o direito de participação dos servidores, em todas as etapas do processo de atenção à saúde, é estratégia de valorização do seu saber sobre o trabalho.

V - Regionalização e descentralização - as ações voltadas para a saúde do servidor serão planejadas e executadas pelos serviços de saúde dos órgãos e entidades da APF ou pelas unidades de referência do SIASS, segundo as prioridades e as necessidades dos servidores de cada Estado ou região, valendo-se do sistema de referência

e contra-referência.

VI - Transversalidade - integrar as áreas do conhecimento sobre a saúde do servidor no conjunto das políticas públicas.

VII - Intra e intersetorialidade - estratégia de articulação entre diferentes áreas, setores e poderes do Estado para atendimento às necessidades da saúde do servidor.

VIII - Co-gestão - compartilhamento do poder entre os diferentes atores sociais que participam e/ou integram o processo.

IX - Embasamento epidemiológico - o planejamento, a operacionalização e a avaliação das ações de promoção e vigilância à saúde serão subsidiados pelas informações epidemiológicas.

X - Formação e capacitação - manter política de formação permanente e capacitação nas áreas de vigilância e promoção à saúde do servidor.

XI - Transdisciplinaridade - compartilhar saberes e práticas em busca da compreensão da complexidade humana, considerando os múltiplos fatores que influenciam a condição de saúde dos servidores em suas relações com o trabalho.

XII - Pesquisa-intervenção - metodologia que contempla práticas que viabilizem análises e decisões coletivas, atribuindo à comunidade participante uma presença ativa no processo e permitindo que o conhecimento seja construído a partir da integração do saber científico com o saber prático.

### **Seção III**

#### **Das Atribuições e Competências**

Art. 6º A implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal deve ser compartilhada e os atores fundamentais para a efetivação desta norma são:

I - Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor: aprovar as diretrizes para aplicação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal e demais atribuições previstas no Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009.

II - Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor: normatizar, coordenar, orientar e supervisionar a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal e articular

com os órgãos competentes para garantias da provisão de recursos humanos e orçamentários necessários ao desenvolvimento das atividades.

III - Dirigente do órgão ou entidade: viabilizar os meios e recursos necessários para o cumprimento da NOSS como parte integrante da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal. Firmar cooperação técnica que assegure a implementação e a implantação das ações de vigilância e promoção à saúde do servidor.

IV - Gestor de Pessoas ou de RH: Assegurar o cumprimento desta norma e promover a formação e capacitação, em conformidade com as orientações das equipes técnicas de vigilância e promoção à saúde.

V - Equipe de Vigilância e Promoção:

a) planejar, coordenar e executar as ações de vigilância e promoção à saúde, propondo medidas de prevenção e de correção nos ambientes e processos de trabalho;

b) sistematizar e analisar os dados gerados nas ações de vigilância e promoção à saúde, notificando os agravos relacionados ao trabalho no sistema SIAPE-Saúde;

c) emitir laudos e relatórios dos ambientes e processos de trabalho, bem como produzir documentos circunstanciados sobre os agravos à saúde do servidor com vistas ao estabelecimento de nexos dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;

d) elaborar o perfil epidemiológico da saúde dos servidores, a partir de fontes de informação existentes com o objetivo de subsidiar as ações de atenção à saúde do servidor; e

e) opor ações voltadas à promoção da saúde e à humanização do trabalho, em especial a melhoria das condições de trabalho, prevenção de acidentes, de agravos à saúde e de doenças relacionadas ao trabalho.

VI - Comissão Interna de Saúde do Servidor Público: contribuir para uma gestão compartilhada com o objetivo de:

a) propor ações voltadas à promoção da saúde e à humanização do trabalho, em especial a melhoria das condições de trabalho, prevenção de acidentes, de agravos à saúde e de doenças relacionadas ao trabalho;

b) propor atividades que desenvolvam atitudes de co-responsabilidade no gerenciamento da saúde e da segurança, contribuindo, dessa forma, para a melhoria das relações e do processo de trabalho; e

c) valorizar e estimular a participação dos servidores, enquanto protagonistas e detentores de conhecimento do processo de trabalho, na perspectiva de agentes transformadores da realidade.

VII - Servidor: participar, acompanhar e indicar à CISSP e/ou à equipe de vigilância e promoção as situações de risco nos ambientes e processos de trabalho, apresentar sugestões para melhorias e atender às recomendações relacionadas à segurança individual e coletiva.



## Seção IV

### Da Metodologia

Art. 7º As principais estratégias para a implementação da NOSS são as avaliações dos ambientes e processos de trabalho, o acompanhamento da saúde do servidor e as ações educativas em saúde, pautadas na metodologia de pesquisa-intervenção.

I - A avaliação dos ambientes e processos de trabalho deverá considerar todas as situações de risco presentes que possam comprometer a saúde dos servidores, e os instrumentos a serem aplicados deverão ser adequados à realidade local e definidos pela equipe de vigilância

II - O acompanhamento da saúde do servidor será realizado por equipe multiprofissional com abordagem transdisciplinar e deverá:

a) ter caráter de prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce e monitoramento dos agravos à saúde relacionados com a atividade laboral, inclusive de natureza subclínica, além da constatação de casos de doenças profissionais, de doenças relacionadas ao trabalho ou de danos à saúde dos servidores; e

b) considerar as questões incidentes sobre o indivíduo, sobre o ambiente de trabalho e a coletividade de servidores públicos, utilizando os dados provenientes dos exames de saúde, da perícia, da vigilância, dos registros de acidentes em serviço e da assistência à saúde.

III - O planejamento das ações educativas em saúde será realizado com base nas informações epidemiológicas resultantes das avaliações dos ambientes e processos de trabalho e do acompanhamento da saúde do servidor, e:

a) será desenvolvido de forma participativa, estimulando a mudança de atitudes e a valorização do protagonismo dos servidores na gestão da saúde individual e coletiva;

b) terá como objeto a reflexão sobre a relação existente entre processo de trabalho, ambiente de trabalho e saúde do servidor.

Parágrafo único. O conhecimento e a percepção que os servidores têm do processo de trabalho e dos riscos ambientais serão considerados para fins de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de Vigilância e Promoção à Saúde.

Art. 8º Para a realização de avaliações ambientais de agentes físicos, químicos e biológicos, deve-se adotar como referência os critérios técnicos, bem como as normas de promoção e proteção à saúde e segurança do servidor.

§ 1º Os resultados das avaliações dos ambientes e processos de trabalho serão circunstanciados em relatório.

§ 2º Com base nesta metodologia, será desenvolvido um plano de ação para cada órgão, contemplando objetivos, metas, prazos, responsabilidades, prioridades, recursos humanos e financeiros.

§ 3º As equipes de vigilância e promoção devem mediar as situações de conflito vivenciadas no local de trabalho, buscando resoluções dialogadas.

## **Seção V**

### **Do Financiamento**

Art. 9º Cabe aos órgãos e entidades da Administração Pública Federal viabilizarem os meios e recursos necessários para garantir a implantação e implementação das ações de vigilância e promoção à saúde, com recursos próprios e ou oriundos do MP, por meio do plano plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.

Art. 10. A União financiará as ações de vigilância e promoção à saúde, mediante orçamento específico destinado às despesas com ações de saúde, investimento em obras, aquisição de equipamentos e capacitação de servidores.

### **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 11. Compete ao Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão estabelecer normas complementares, no seu âmbito de atuação, com o objetivo de assegurar a proteção à saúde dos servidores.

Art. 12. Na ausência de regulamentação legal destinada aos servidores públicos, deve-se buscar referências em normas nacionais, internacionais e informações científicas atualizadas.

Art. 13. A observância dessa norma operacional não desobriga os órgãos e entidades do cumprimento de outras disposições ou regulamentos sanitários.

Art. 14. A norma operacional é de observância obrigatória pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal.

**ANEXO G – PLANO DE TRABALHO DO SIASS-UFG**

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**

**Plano de Trabalho  
SIASS/UFG**

**Goiânia, outubro de 2010**

# PLANO DE TRABALHO

## 1. IDENTIFICAÇÃO

### 1.1. Objeto

Este plano de trabalho tem por objeto a criação e implantação da Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS/UFG, espaço que reunirá três instituições de ensino: a Universidade Federal de Goiás - UFG, o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano – IFGoiano e o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás – IFG. Entre os três partícipes, a UFG foi escolhida para sediar a unidade considerando dispor de localização privilegiada, facilidade de acesso ao público-alvo, espaço físico adequado, maior disponibilidade de recursos humanos e existência de serviços de saúde para os servidores.

Esta unidade destina-se à execução de ações e atividades de prevenção aos agravos, promoção e acompanhamento da saúde dos servidores, perícia oficial e assistência para garantir a implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal, criada pelo Decreto Nº 6.833, de 29 de abril de 2009.

### 1.2. Caracterização dos partícipes

#### 1.2.1. Universidade Federal de Goiás - UFG

A Universidade Federal de Goiás, pessoa jurídica de direito público, na modalidade de autarquia, é uma instituição pública federal de ensino superior, criada pela Lei nº 3.834C, de 14 de dezembro de 1960, reestruturada pelo Decreto nº 63.817, de 16 de dezembro de 1968, com sede em Goiânia, capital do Estado de Goiás. Resultou da reunião dos estabelecimentos de ensino superior, já existentes: Faculdade de Direito de Goiás, Faculdade de Medicina de Goiás, Escola de

Engenharia do Brasil Central, Faculdade de Farmácia e Odontologia de Goiás e do Conservatório Goiano de Música.

Goza de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, conforme estabelece a Constituição Federal Brasileira. Tem a missão de gerar, sistematizar e socializar o conhecimento e o saber formando profissionais e indivíduos capazes de promover a transformação e o desenvolvimento da sociedade.

A Reitoria, órgão executivo central, compreende o Gabinete do Reitor, a Procuradoria Jurídica, as coordenadorias e assessorias especiais, as pró-reitorias: de Graduação (PROGRAD), de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG), de Extensão e Cultura (PROEC), de Administração e Finanças (PROAD); de Desenvolvimento Institucional e Recursos Humanos (PRODIRH) e da Pró-Reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária (PROCOM) e Órgãos Suplementares e Administrativos. No seu processo de interiorização, a UFG está presente no Campus de Catalão, Goiás e Jataí.

A PRODIRH e a PROCOM possuem atribuições e competências diretamente relacionadas aos servidores. A PRODIRH tem por objetivo promover o desenvolvimento humano e institucional por meio da gestão do planejamento, da avaliação, da informação institucional e dos talentos humanos. Estão vinculados à PRODIRH: o Centro de Recursos Computacionais - CERCOMP que implementa, administra a infra-estrutura, elabora e executa o planejamento estratégico da Política de Tecnologia da Informação (TI); o Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos – DDRH, que tem a missão de potencializar os talentos humanos, buscando a valorização do profissional como ser universal e cidadão, que se desenvolve na perspectiva do crescimento coletivo; e, o Departamento do Pessoal - DP que orienta, administra e gerencia os assuntos referentes aos servidores.

A PROCOM é responsável pela gestão da política social na UFG. Tem por objetivo proporcionar a participação mais efetiva dos estudantes na vida acadêmica e contribuir para o melhor desempenho dos servidores na instituição. Desenvolve programas e serviços voltados à assistência estudantil e aos servidores, quais sejam: o Serviço Social, o Serviço de Saúde/Junta Médica, o Serviço Odontológico, o Serviço de Nutrição, o Programa de Saúde Mental e a Creche.

### **1.2.2. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano - IFGoiano**

O Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano (IFGOIANO), instituição criada nos termos da Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008, vinculado ao Ministério da Educação, possui natureza jurídica de autarquia, sendo detentor de autonomia administrativa, patrimonial, financeira, didático-pedagógica e disciplinar.

Foi criado a partir da integração da Escola Agrotécnica Federal de Ceres, do CEFET - Rio Verde e do CEFET - Urutaí, na época com uma Unidade descentralizada (UNED), localizada na cidade de Morrinhos. É uma Instituição de educação superior básica e profissional, pluricurricular e multicampi, especializada na oferta de educação profissional e tecnológica nas diferentes modalidades de ensino, com base na conjugação de conhecimentos técnicos e tecnológicos com sua prática pedagógica.

Compõem sua estrutura organizacional as Pró-Reitorias: a Pró-Reitoria de Administração, a Pró-Reitoria de Ensino, a Pró-Reitoria de Extensão, a Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional, a Pró-Reitoria de Pesquisa e a Pró-Reitoria de Graduação e Inovação e, os Campus situados no interior do Estado: Ceres, Rio Verde, Urutaí, Morrinhos e Iporá.

### **1.2.3. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Goiás - IFG**

O Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás (IFG) foi criado pela Lei Federal nº 11.892, de 29 de Dezembro de 2008, que transformou os Centros Federais de Educação Tecnológica (CEFETs) em Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia. Tem por finalidade formar e qualificar profissionais para os diversos setores da economia, bem como realizar pesquisas e promover o desenvolvimento tecnológico de novos processos, produtos e serviços, em estreita articulação com os setores produtivos e com a sociedade, oferecendo mecanismos para a educação continuada.

Por meio dos Campus de Goiânia, Jataí, Uruaçu, Itumbiara, Inhumas, Anápolis, Formosa e Luziânia oferece educação integrada do ensino médio à pós-

graduação, com ênfase para o ensino técnico integrado ao ensino médio, engenharias e licenciaturas e das disciplinas técnicas e/ou profissionalizantes.

O IFG ao longo de sua história tem-se constituído em espaço de formação e de realização de ações políticas, artísticas e culturais reafirmando sua identidade como centro formador de ideias, conhecimentos, artistas, lideranças e, principalmente, profissionais qualificados e conscientes de suas responsabilidades com a vida e com a sociedade.

### 1.3. Dados de identificação do gestor da unidade

<b>Universidade Federal de Goiás – UFG</b>				
Nome: Ernando Melo Filizzola		CPF: 354.842.091-53		
Cargo/Função: Pró-Reitor de Assuntos da Comunidade Universitária – PROCOM				
Endereço: Avenida das Nações Unidas, s/n - Praça Universitária, Prédio da PROCOM. Campus Colemar Natal e Silva – Caixa Postal 131				
Cidade Goiânia	UF GO	CEP 74.605-220	Telefone (62) 3209-6232 Fax 3209-6240	E-mail <a href="mailto:ernando@procom.ufg.br">ernando@procom.ufg.br</a>

## 2. OUTROS PARTICÍPES

<b>2.1. Universidade Federal de Goiás – UFG</b>				
Nome: Luiz Carlos Ribeiro e Silva		CPF: 409.945.031-72		
Cargo/Função: Diretor do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos				
Endereço: Rua 6, nº 99, Setor Leste Universitário.				
Cidade Goiânia	UF GO	CEP 74.620-090	Telefone (62) 9922-6631	E-mail <a href="mailto:lcarlos@ddrh.ufg.br">lcarlos@ddrh.ufg.br</a>

<b>2.2. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás – IFG</b>				
Nome: Divino Lopes de Alvarenga		CPF: 130.372.181-34		
Cargo/Função: Diretor de Desenvolvimento de Recursos Humanos				
Endereço Rua 75 nº 46, Setor Central				
Cidade Goiânia.	UF GO	CEP: 74055110	Telefone (62) 3227-2861	E-mail <a href="mailto:dla@ifg.edu.br">dla@ifg.edu.br</a>

<b>2.3. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano - IFGoiano</b>				
Nome: Luiz Antônio Martins		CPF: 212.041.101-82		
Cargo/Função: Diretor de Gestão de Pessoas				
Endereço: Rua C-137 Qd. 567 Lt. 05, Setor Nova Suíça.				
Cidade Goiânia	UF GO	CEP 74.257-060	Telefone (62)3274-1015	E-mail <a href="mailto:dgp@ifgoiano.edu.br">dgp@ifgoiano.edu.br</a>

### 3. JUSTIFICATIVA

O Estado de Goiás possui um contingente aproximado de 20.251 servidores públicos federais distribuídos em 27 órgãos da Administração Pública Federal, incluindo os ativos, aposentados e pensionistas. Em torno de 11.000 desses servidores pertencem à educação, sendo, aproximadamente, 6.000 ativos.

Em 2008, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/Secretaria de Recursos Humanos deflagrou a proposta de construção coletiva da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público à qual a UFG, o IFGoiano e o IFG, prontamente aderiram.

Participaram de eventos, tais como: I, II e III Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor; Conferências Regional e Nacional de Recursos Humanos; I e II Fórum de Saúde Mental na Administração Pública Federal (Brasília - DF); I Oficina do GT SIASS (Recife - PE); 1º Fórum de Vigilância e Promoção à Saúde do Servidor Público Federal (Gramado - RS); Fórum de Perícia Oficial em Saúde do Servidor (São Paulo - SP).

Organizaram vários espaços de discussão e debates sobre a implantação da política: sensibilização de gestores dos diferentes órgãos federais; realização do I e II Seminários de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal em Goiás; formação de duas comissões técnicas sendo, uma, de Estruturação e Organização do SIASS para visitar os órgãos federais com o objetivo de identificar espaços físicos disponíveis para funcionamento de unidades do SIASS e, outra, de Vigilância e Promoção da Saúde para levantar as ações e programas existentes em cada órgão relacionados à saúde do servidor; disponibilização de espaços físicos para implantação de duas unidades do SIASS em Goiânia: uma pela UFG e outra pelo INSS; formação de dois subgrupos de trabalho em conformidade com o perfil dos órgãos, sendo: um grupo formado pelas instituições de ensino: UFG, IFG e IFGoiano



que irão compor uma unidade SIASS; e, outro pelo MS, INSS, IBGE, SRT/MTE, Polícia Federal e Ministério da Fazenda e outros; reunião de trabalho com o Ministério do Planejamento para avaliação do espaço, realizada pelo Engenheiro da SRH/MP ; reuniões para elaboração do Acordo de Cooperação Técnica e do Plano de Trabalho; e, reuniões semanais para capacitação do GT SIASS em Goiás. E também, contribuíram com sugestões para elaboração e aprimoramento de instrumentos norteadores da Política da Atenção à Saúde do Servidor, a exemplo da NOSS.

A política de atenção à saúde do servidor público federal caracteriza-se por ações fragmentadas, setorializadas e isoladas do conjunto das demais políticas públicas. A construção dessa política demanda ações conjuntas entre os partícipes para potencialização dos resultados, otimização de recursos humanos, físicos, materiais e financeiros com a finalidade de garantir os princípios da eficiência, eficácia e efetividade dos serviços e ações propostas. Além de que, a revolução tecnológica e as mudanças no mundo do trabalho provocam o surgimento de doenças emergentes e ocupacionais. Há registros de casos de afastamentos de servidores do trabalho por apresentarem ler, dort, stress, Síndrome de Burnout, depressão, presenteísmo, absenteísmo, entre outras.

Nesse contexto, surge a necessidade de criar estratégias para implantação da unidade do SIASS/UFG. Entre elas, observar a importância da realização de parcerias e ou cooperações entre diferentes órgãos da administração federal para superar os vários desafios, sejam na alocação de recursos humanos, financeiros e materiais, ou mesmo, o exercício da prática dos serviços de saúde proporcionando a integração e articulação entre os eixos: assistência, perícia, vigilância e promoção em saúde, bem como a garantia do efetivo compromisso exigido pela gestão compartilhada entre os partícipes.

Isto posto, ratifica-se a necessidade de se romper com a lógica da fragmentação e setorialização das ações e serviços e superar os desafios para a implantação da unidade do SIASS/UFG.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Geral**

Criar e implantar a Unidade do SIASS/UFG, em espaço físico cedido pela Universidade Federal de Goiás.

### **4.2. Específicos**

- fomentar as relações de parceria entre as instituições partícipes para implementação da política de atenção à saúde do servidor;
- reformar, adequar e equipar o espaço físico existente na PROCOM/UFG, para funcionamento da unidade do SIASS;
- organizar os serviços e as práticas de saúde existentes no âmbito das instituições partícipes;
- contribuir para a racionalização de recursos públicos evitando a duplicidade de ações e pulverização de recursos federais;
- colaborar para a qualificação dos técnicos, administradores e gestores da política de atenção à saúde do servidor nas áreas de assistência, perícia, vigilância e promoção à saúde;
- estimular estudos e pesquisas no campo da saúde coletiva, valorizando a temática da saúde do trabalhador;
- utilizar os mecanismos e ferramentas disponíveis para planejamento e execução de programas, projetos e ações de perícia, vigilância e promoção à saúde;
- monitorar e avaliar ações, programas e projetos para que os resultados possam subsidiar os gestores no planejamento e na tomada de decisão.

## **5. PÚBLICO ALVO/ POPULAÇÃO A SER BENEFICIADA**

Os servidores ativos das instituições partícipes, cujo somatório é igual a 5.530, correspondem, em Goiás, a 50,0% do universo de servidores públicos federais ativos. Os quadros, abaixo, discriminam o número de servidores, a serem

beneficiados com a Unidade do SIASS/UFG, por instituição, nos respectivos municípios:

**Quadro Demonstrativo 1**

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - UFG</b>		
<b>Nº Ordem</b>	<b>Município</b>	<b>Nº de servidores</b>
1	Catalão 230	230
2	Firminópolis	4
3	Goiânia	2.559
4	Goiânia - Hospital das Clínicas/UFG	1.007
4	Goiás	31
5	Jataí	218
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>4.049</b>

**Quadro Demonstrativo 2.**

<b>INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE GOIÁS - IFG</b>		
<b>Nº Ordem</b>	<b>Município</b>	<b>Nº de servidores</b>
1	Formosa	22
2	Goiânia	437
3	Inhumas	86
4	Itumbiara	54
5	Jataí	118
6	Uruaçu	72
7	Anápolis	27
8	Luziânia	39
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>855</b>

**Quadro Demonstrativo 3.**

<b>INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO - IFGoiano</b>		
<b>Nº Ordem</b>	<b>Município</b>	<b>Nº de servidores</b>
1	Ceres	124
2	Iporá	20
3	Morrinhos	91
4	Rio Verde	197
5	Urutaí	194
<b>TOTAL 5 626</b>		

**Quadro Demonstrativo 4.**

<b>Órgãos</b>	<b>Servidores</b>
UFG	4.049
IFG	855
IFGoiano	626
<b>Total Geral</b>	<b>5.530</b>

**6. AÇÕES PROPOSTAS**

- Perícia oficial médica e odontológica para avaliar o estado de saúde do servidor tendo em vista o exercício das atividades laborais.
- Prevenção aos agravos, promoção e acompanhamento da saúde de modo a intervir no processo de adoecimento dos servidores, tanto nos aspectos individuais como nas relações coletivas no ambiente de trabalho.
- Ações de vigilância para avaliar ambientes e organização do trabalho, com emissão de relatório ambiental contendo medidas de prevenção e mudança das condições de trabalho, visando a promoção à saúde no âmbito dos órgãos partícipes do Acordo de Cooperação Técnica.
- Avaliação dos ambientes de trabalho para emissão de laudos técnicos para fins de concessão de adicionais ocupacionais, no âmbito dos órgãos conveniados.

## 7. CONTRAPARTIDA DOS ÓRGÃOS

Órgão	Contrapartida
UFG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imóvel (espaço físico) para sediar a unidade.</li> <li>• Recursos Humanos: 02 psicólogos, 03 médicos peritos, 01 médico psiquiatra, 01 engenheiro de segurança do trabalho, 01 enfermeiro, 01 técnica de enfermagem e 01 assistente administrativo</li> <li>• Equipamentos de informática.</li> <li>• Material de escritório</li> </ul>
IFGoiano •	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recursos Humanos: 01 psicólogo e 01 médico.</li> <li>• 04 computadores</li> </ul>
IFG •	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recursos Humanos: 01 assistente social, 01 cirurgião-dentista e 01 assistente administrativo</li> <li>• 01 veículo FIAT/UNO MILLE Economy Flex. 2009/2009, cor prata, Placa: NLB 3952 Categoria: oficial</li> </ul>

## 8. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

**8.1. Período: outubro de 2010 a outubro de 2012**

**8.2. Órgãos envolvidos: UFG, IFGOIANO e IFG**

**8.3. Atividades a serem realizadas**

**No âmbito da gestão:**

- destinação definitiva do espaço físico para funcionamento da unidade do SIASS/UFG;
- elaboração do projeto de reforma do espaço físico;
- execução do projeto de ampliação e reforma;
- adequar e equipar a unidade;
  - fortalecer as parcerias procedendo a assinatura do Acordo de Cooperação Técnica e Plano de Trabalho;
- composição da equipe multidisciplinar;
- inauguração da Unidade;
- elaboração do planejamento estratégico situacional (participativo) do SIASS/UFG;
- alocação de recursos para capacitação da equipe, na perspectiva do SIASS, mediante projeto técnico apresentado;
- prestação de contas da reforma/ampliação;
- instituir mecanismos de avaliação.

## **No âmbito das práticas:**

### **A – Promoção**

- mapear as iniciativas de promoção da saúde;
- construir um plano de integração e articulação das ações de promoção da saúde;
- incentivar a participação do servidor no debate da saúde e sua relação com o trabalho e estabelecer mecanismos de controle social;
- promover ações intra e intersetoriais no âmbito dos órgãos partícipes;
- promover a capacitação continuada da equipe do SIASS (técnicos e gestores);
- elaborar projetos de pesquisas para subsidiar ações promotoras da saúde do servidor e a produção de conhecimentos no contexto da relação saúde e trabalho;
- desenvolver programas de preparação para aposentadoria do servidor;
- construir o perfil epidemiológico dos servidores evidenciando suas condições de saúde, para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção;
- estabelecer parcerias entre os órgãos partícipes do SIASS para viabilizar a realização dos exames periódicos de acordo com a legislação vigente;
- promover campanhas de educação em saúde bucal;
- apoiar as diferentes campanhas de vacinação da rede pública;
- implantar programa de reeducação alimentar.

### **B – Vigilância**

- levantamento de riscos ocupacionais nos ambientes de trabalho:
- - emitir laudos e elaborar o Relatório de Avaliação Ambiental;
- - assessorar a Comissão Interna de Saúde do Servidor Público – CISSP;
- utilizar as ferramentas disponíveis para o registro adequado da história de saúde do servidor para orientar a formação de nexos e ações de promoção e vigilância;
- avaliar os ambientes de trabalho para emissão de laudos técnicos para fins de concessão de adicionais ocupacionais, no âmbito dos órgãos partícipes;
- realizar visitas aos locais de trabalho, para fins de readaptação do servidor ou mudança de função;

- propor melhorias no ambiente organizacional junto aos órgãos de recursos humanos.

### **C – Assistência**

- identificar precocemente, acolher e monitorar o tratamento da pessoa em sofrimento psíquico;
- divulgar e integrar as ações e serviços do SIASS à rede pública de saúde;
- realizar ações de enfrentamento ao preconceito das pessoas com transtornos mentais;
- identificar e Intervir nas situações de conflitos vivenciados no local de trabalho;
- oferecer suporte aos processos terapêuticos do servidor por demanda espontânea ou por encaminhamento para intervenções breves ou tratamento na rede de assistência;
- apoiar as famílias dos servidores em sofrimento psíquico por meio de visitas domiciliares e aos locais de trabalho.
- atuar sobre os fatores de risco e proteção associados à dependência química;
- apoiar o processo de readaptação, ressocialização e reabilitação do servidor por meio da criação de grupos de apoio terapêutico e a reinserção nos locais de trabalho;
- manter os serviços odontológicos existentes nos órgãos partícipes da Unidade;
- realizar exames para caracterização de pessoas com deficiência para aprovação em concursos públicos das Instituições partícipes.

### **D – Perícia**

- realizar perícias singulares, hospitalares, domiciliares e participar de Juntas Médicas;
- solicitar parecer de especialistas para avaliar o estado de saúde do servidor tendo em vista o exercício das atividades laborais;
- organizar o fluxo de atendimento;
- capacitar a equipe de peritos do SIASS.

**E – Observação**

Maior detalhamento das atividades deste cronograma será realizado mediante a elaboração do plano de ação da equipe do SIASS.

**9 - APROVAÇÃO PELOS PARTICIPES**

Local e data:
Vigência: 24 meses

**APROVADO, após análise técnica e comprovação das contrapartidas a serem oferecidas.**

**Local e Data:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Gestor da Unidade SIASS/UFG  
(Carimbo e Assinatura)**

\_\_\_\_\_  
**Participe UFG  
(Carimbo e Assinatura)**

\_\_\_\_\_  
**Participe IFG  
(Carimbo e Assinatura)**

\_\_\_\_\_  
**Participe IFGOIANO  
(Carimbo e Assinatura)**



**ANEXO H – PORTARIA 1.397 DE 10 DE AGOSTO DE 2012****SECRETARIA DE GESTÃO PÚBLICA  
PORTARIA Nº 1.397, DE 10 DE AGOSTO DE 2012**

Estabelece orientações básicas aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC sobre os procedimentos mínimos para a realização de acordo de cooperação técnica para a criação das unidades do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS, previsto no art. 7º, do Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009.

A SECRETÁRIA DE GESTÃO PÚBLICA DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 23, anexo I, do Decreto nº 7.675, de 20 de janeiro de 2012, e tendo em vista a subdelegação de competência conferida pela Portaria MP nº 37, de 15 de fevereiro de 2012, resolve:

Art. 1º Ficam estabelecidas as orientações básicas aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre os procedimentos mínimos para a realização de acordo de cooperação técnica com os órgãos e entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional para a criação das unidades do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS, prevista no art. 7º, do Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009.

Art. 2º O acordo de cooperação técnica terá por objeto a execução de ações e atividades de prevenção aos agravos, de promoção e acompanhamento da saúde dos servidores e de perícia oficial, com o objetivo de garantir a implementação da política de atenção à saúde e à segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009.

Art. 3º O objeto do acordo de cooperação técnica será cumprido mediante a realização de ações conjuntas, as quais se destinarão a:

I - potencializar o resultado das ações de saúde desenvolvidas pelos órgãos e entidades partícipes;

II - propiciar aos órgãos e entidades partícipes o uso racional de materiais, equipamentos, força de trabalho, imóveis, instalações e contratos, dentro dos princípios da finalidade e da eficiência; e

III - otimizar recursos orçamentários.

Art. 4º Ficam os órgãos e entidades partícipes obrigados a promover articulação entre as áreas de recursos humanos e os seus serviços de saúde, definindo as respectivas formas de participação para a realização das ações de cooperação técnica necessárias à consecução dos objetivos propostos e o apoio à organização de serviços permanentes.

Art. 5º Fica designada como unidade coordenadora dos acordos de cooperação técnica o Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor da Secretaria de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - DESAP/SEGEP/MP.

Art. 6º Ficam designadas como unidades executoras dos acordos de cooperação técnica os serviços de saúde dos demais órgãos e entidades partícipes.

Art. 7º Cada unidade do SIASS manterá, durante toda a vigência do acordo de cooperação técnica, gestor responsável pela coordenação geral dos trabalhos das respectivas equipes técnicas, a ser indicado pelo órgão sede da unidade.

Parágrafo único. O órgão sede da unidade do SIASS poderá, a qualquer momento, substituir o gestor responsável pela unidade e os técnicos da equipe, comunicando o fato, por escrito, aos partícipes.

Art. 8º As ações previstas no acordo de cooperação técnica serão avaliadas quanto ao cumprimento de seus objetivos, após dois anos de sua assinatura, mediante a utilização de critérios de avaliação estabelecidos pelo DESAP/SEGEP/MP, em parceria com o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor - CGASS, instituído pelo Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009.

Art. 9º As ações previstas no acordo de cooperação técnica serão supervisionadas por uma comissão interinstitucional, que deverá ser constituída por, pelo menos, um representante de cada órgão partícipe.

Art. 10. Compete aos órgãos e entidades partícipes do acordo de cooperação técnica, conjuntamente, na forma descrita no artigo 4º desta Portaria:

I - desenvolver, elaborar e prover apoio técnico e logístico aos programas e projetos a serem definidos para implementação do acordo de cooperação técnica;

II - disponibilizar dados e informações técnicas necessárias à implantação dos programas e projetos;

III - acompanhar e avaliar os resultados alcançados nas atividades programadas, visando sua otimização ou adequação, quando necessário;

IV - apoiar a implantação de ações de atenção à saúde do servidor; V - conduzir todas as atividades com eficiência e conforme práticas administrativas, financeiras e técnicas adequadas;

VI - indicar o representante da comissão interinstitucional de que trata o artigo 9º no prazo de cinco dias úteis após a assinatura do acordo de cooperação técnica;

VII - disponibilizar pessoal para compor a força de trabalho da unidade do SIASS;

VIII - disponibilizar recursos materiais, equipamentos, imóveis e instalações;

IX - encaminhar os casos necessários para avaliação na unidade do SIASS; e

X - aprovar os procedimentos técnicos e operacionais necessários à implantação do plano de trabalho.

Art. 11. Compete à Secretaria de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - SEGEP, em parceria com o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor - CGASS:

I - coordenar e integrar ações e programas nas áreas de perícia oficial, prevenção aos agravos, promoção e acompanhamento da saúde dos servidores públicos da administração pública federal direta, autárquica e fundacional;

II - definir a política de saúde e segurança do trabalho;

III - orientar a elaboração do plano de trabalho;

IV - disponibilizar, de forma complementar, observados os limites orçamentários consignados na Lei Orçamentária Anual - LOA, os recursos financeiros para a instalação das unidades do SIASS, assim como prover materiais e equipamentos necessários à realização do objetivo do acordo de cooperação técnica, além dos recursos necessários à implantação e implementação das ações e programas no âmbito do SIASS;

V - editar normas para a uniformização e padronização de procedimentos de atenção à saúde do servidor;

VI - gerenciar informações sobre a saúde do servidor;

VII - definir as diretrizes e implementar, de forma complementar, ações de capacitação no âmbito do SIASS;

VIII - facilitar a composição das equipes que atuarão na unidade do SIASS; e

IX - disponibilizar sistema informatizado na unidade do SIASS.

Art. 12. Compete à unidade do SIASS:

I - realizar perícia oficial, médica e odontológica, com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício das atividades laborais;

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

III - executar ações de vigilância para avaliar os ambientes e a organização de trabalho, com emissão de relatório ambiental contendo medidas de mudança das condições de trabalho, visando a promoção à saúde, no âmbito dos órgãos e entidades partícipes do acordo de cooperação técnica;

IV - avaliar ambientes de trabalho e emitir laudos técnicos para fins de concessão de adicionais ocupacionais, no âmbito dos órgãos e entidades partícipes do acordo de cooperação técnica; e

V - executar as atividades pactuadas, com fiel obediência ao plano de trabalho.

Art. 13. As obrigações assumidas pelos órgãos e entidades partícipes, visando à execução do objeto do acordo de cooperação técnica, serão por eles custeadas, de acordo com as disponibilidades previstas em seus orçamentos, seja quanto ao que se refira à interveniência das equipes técnicas ou quanto ao uso de materiais e equipamentos.

§ 1º Não haverá transferência voluntária de recursos financeiros entre os órgãos e entidades partícipes para a execução do acordo de cooperação técnica.

§ 2º As despesas necessárias à plena execução do objeto acordado, tais como serviços de terceiros, pessoal, deslocamentos, comunicação entre os órgãos, e outras que se fizerem necessárias, correrão por conta de dotações específicas constantes nos orçamentos dos órgãos e entidades partícipes.

§ 3º As eventuais despesas efetuadas pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão correrão por conta do orçamento consignado à Secretaria de Gestão Pública.

Art. 14. Os resultados técnicos, bem como todo e qualquer desenvolvimento decorrente de trabalhos realizados no âmbito do acordo de cooperação técnica, serão atribuídos aos órgãos e entidades partícipes.

§ 1º Em qualquer ação promocional relacionada com o objeto do acordo de cooperação técnica será obrigatoriamente destacada a atuação dos órgãos e entidades partícipes.

§ 2º Fica vedado aos órgãos e entidades partícipes utilizar, nos empreendimentos resultantes do acordo de cooperação técnica, nomes, símbolos e imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos.

Art. 15. O acordo de cooperação técnica terá vigência de 48 (quarenta e oito) meses, a contar da data de assinatura, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo, desde que haja interesse dos órgãos e entidades partícipes.

Art. 16. As questões, dúvidas e litígios decorrentes da implantação do acordo de cooperação técnica serão dirimidos administrativamente no âmbito dos órgãos e entidades partícipes.

Parágrafo único. Caso não haja consenso entre os órgãos e entidades partícipes, as questões, dúvidas e litígios serão dirimidos pela SEGEP.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 18. Fica revogada a Portaria Normativa SRH/MP nº 2, de 22 de março de 2009, publicada no Diário Oficial da União, de 23 de março de 2010, Seção I, página 54.

ANA LÚCIA AMORIM DE BRITO

## ANEXO I – EXTRATO DE ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA Nº 08/2011, DE 15 DE JULHO DE 2011



### SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS

#### EXTRATO DE ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

ESPÉCIE: Acordo de Cooperação Técnica nº 08/2011 - SRH/MP.  
PARTES: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MP por intermédio da Secretaria de Recursos Humanos - SRH, a Universidade Federal de Goiás - UFG, órgão sede da Unidade SIASS, o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás - IFG e o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Goiano - IFGOIANO. OBJETO: A execução de ações e atividades de prevenção aos agravos, promoção e acompanhamento da saúde, perícia oficial e assistência, com vista a garantir a implementação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009. PROCESSO: s/n. DATA DA ASSINATURA: 15 de julho de 2011. ASSINAM pela SRH/MP: Duvanier Paiva Ferreira, pela UFG: Edward Madureira Brasil, pelo IFG: Paulo César Pereira e pelo IFGOIANO: José Donizete Borges.

**ANEXO J – PORTARIA NORMATIVA Nº 3, DE 25 DE MARÇO DE 2013 – DA  
SGP/MPOG**

**PORTARIA NORMATIVA Nº 3, DE 25 DE MARÇO DE 2013**

Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC.

A SECRETÁRIA DE GESTÃO PÚBLICA DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 23, inciso I, alínea "a", item 7, do Anexo I, do Decreto nº 7.675, de 20 de janeiro de 2012, resolve:

Art. 1º Ficam instituídas as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal a serem adotadas como referência nas ações de promoção da saúde dos órgãos e entidades que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal -SIPEC, na forma do Anexo.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANA LÚCIA AMORIM DE BRITO

ANEXO

**CAPÍTULO I  
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

**Seção I**

Das diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal

Art. 1º Ficam instituídas as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, a serem adotadas como referência pelos órgãos e entidades que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC, na forma deste Anexo.

Parágrafo único. As diretrizes integram o conjunto de ações da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal - PASS, prevista no Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009, que criou o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal -SIASS.

Art. 2º As diretrizes destinam-se a subsidiar políticas e projetos de promoção da saúde e de qualidade de vida no trabalho, a serem implantados de forma descentralizada e transversal, por meio das áreas de gestão de pessoas, de saúde e de segurança no trabalho, e que contemplem a gestão participativa.

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

Art. 4º As ações de promoção da saúde têm como finalidade a melhoria dos ambientes, da organização e do processo de trabalho, de modo a ampliar a conscientização, a responsabilidade e a autonomia dos servidores, em consonância com os esforços governamentais de construção de uma cultura de valorização da saúde para redução da morbimortalidade, por meio de hábitos saudáveis de vida e de trabalho.

Parágrafo único. As ações abrangem as mudanças na organização e no ambiente de trabalho, com foco na prevenção dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho e na educação em saúde para a adoção de práticas que melhorem as condições e a qualidade de vida no trabalho.

Art. 5º As iniciativas de promoção da saúde devem, preferencialmente, basear-se em dados epidemiológicos e no resultado das avaliações das condições, da segurança e dos processos de trabalho, fazendo uso da informação e indicadores de saúde como insumos para orientar e favorecer a transformação contínua do nível de saúde e das condições de vida dos servidores, respeitando as necessidades das diferentes etapas do desenvolvimento humano.

#### Seção II

##### Dos objetivos

Art. 6º A definição das diretrizes gerais de promoção à saúde do servidor público federal tem por objetivos:

I - o estímulo à oferta de ações de educação em saúde e promoção da saúde junto aos servidores públicos federais, em diferentes níveis de prevenção, direcionadas ao bem-estar, à qualidade de vida e à redução da vulnerabilidade a riscos relacionados à saúde, aos seus determinantes e condicionantes; II - propiciar aos servidores ambientes de trabalho saudáveis, com o envolvimento destes e dos gestores no estabelecimento de um processo de melhoria contínua das condições e das relações no trabalho e da saúde, propiciando bem-estar das pessoas inseridas no contexto laboral;

III - a melhor compreensão da determinação do processo saúde e doença nos servidores públicos e o desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação da realidade, em direção à apropriação, pelos servidores, da dimensão humana do trabalho; e

IV - a intervenção nas determinantes do processo saúde e doença e do processo de adoecimento em seus aspectos individuais e nas relações coletivas do ambiente de trabalho; e

V - a contribuição para a melhoria da qualidade de vida dos servidores.

#### Seção III Das premissas e princípios norteadores

Art. 7º Sem prejuízo dos princípios e diretrizes estabelecidos pela Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal e pela Norma Operacional de Saúde do Servidor Público Federal (Portaria Normativa SRH nº 3, de 7 de maio de 2010), para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de melhoria da qualidade de vida no trabalho e de educação em saúde, serão observadas as seguintes premissas:

I - multideterminação da saúde: a saúde é compreendida como fenômeno decorrente de diversos fatores de natureza biológica, psicológica e social;

II - abordagem biopsicossocial: as equipes multiprofissionais devem pautar sua atuação na perspectiva biopsicossocial dos indivíduos, por meio de ações interdisciplinares que favoreçam relações entre diferentes conhecimentos, considerados os múltiplos fatores que influenciam a condição de saúde dos servidores em suas relações com o trabalho;

III - interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre as ações e programas de promoção da saúde deve contemplar os conhecimentos técnicos a partir de visão interdisciplinar, observada a relação entre as diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, considerado o conhecimento dos servidores para o desenvolvimento das ações e dos programas;

IV - gestão participativa no desenvolvimento das ações: estabelecimento de espaços coletivos que promovam a difusão de conhecimento e a reflexão crítica, assegurado o direito de participação dos servidores em todas as etapas do processo de atenção à saúde;

V - ambientes de trabalho saudáveis: as iniciativas de promoção da saúde do servidor público federal devem pressupor uma concepção que não se restrinja à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre os determinantes da saúde, incidindo a intervenção, também, sobre as condições de trabalho no serviço público;

VI - relação entre atenção à saúde e gestão de pessoas: a promoção da saúde deve ser reconhecida como uma estratégia fundamental das políticas de gestão de pessoas, como forma de expressão de uma proposta abrangente e que busca garantir o equilíbrio entre trabalho e saúde e a indissociabilidade entre atenção e gestão; e

VII - humanização na atenção à saúde.

Art. 8º As ações de promoção da saúde no âmbito do serviço público federal devem constar dos planos, programas, projetos e ações gerenciais dos órgãos que compõem o SIPEC e ser ofertadas de acordo com os seguintes princípios:

I - universalidade e equidade: as ações de promoção da saúde do servidor contemplam todos os servidores públicos federais;

II - integralidade das ações: integração do conjunto de atividades voltadas para os indivíduos e as coletividades, articuladas para potencializar as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos servidores;

III - acesso à informação: fornecimento de informações aos servidores, sobretudo aquelas que ampliem seus conhecimentos sobre saúde e aumentem a autonomia para decisão quanto ao seu estilo de vida, que os orientem quanto aos procedimentos a serem adotados em caso de doenças, acidentes e demais agravos à saúde e em relação às medidas de prevenção para evitar o surgimento de doenças e de situações de risco à saúde;

IV - descentralização: as ações voltadas para a saúde do servidor serão planejadas e executadas pelas unidades do SIASS e pelos órgãos e entidades que compõem o SIPEC, segundo as prioridades e as necessidades dos servidores da área de abrangência, valendo-se dos serviços de referência e contra-referência; e

V - comunicação, formação e capacitação: manutenção de políticas de comunicação, de formação permanente e de capacitação nas áreas de promoção da saúde do servidor.

## CAPÍTULO II

### DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR

Art. 9º As ações de promoção da saúde devem contemplar abordagens coletivas que possam influenciar ou modificar hábitos individuais e culturas organizacionais, de maneira a favorecer os espaços de convivência e de produção de saúde, fortalecendo a autonomia dos servidores e contribuindo com suas competências e habilidades.

§ 1º As iniciativas devem zelar pela consistência teórica e técnica, por intervenções com eficácia conhecida, além de considerar impactos positivos, preferencialmente por meio da indicação de resultados mensuráveis.

§ 2º Os projetos e atividades de promoção da saúde devem ser monitorados a partir de indicadores produzidos com essa finalidade, para avaliar os impactos na relação saúde, doença e trabalho, visando rever ou aprimorar as ações, e pelo registro em sistema informatizado disponibilizado pelo órgão central do SIPEC.

§ 3º As ações de promoção da saúde devem, preferencialmente, ser realizadas por meio de equipes multiprofissionais, compostas por um conjunto de servidores com formação em diversas áreas do conhecimento, responsáveis pelo desenvolvimento das ações de saúde e segurança do trabalho, no âmbito das unidades SIASS, bem como dos órgãos e entidades que compõem o SIPEC.

Art. 10. No planejamento das ações de promoção da saúde, assim como daquelas destinadas à prevenção de riscos e doenças, deverão ser priorizadas as seguintes áreas:

I - saúde do adulto; II -saúde bucal;

III –saúde do homem;

IV - saúde do idoso;

V - saúde mental;

VI - saúde da mulher;

VII - saúde das pessoas com deficiência; e

VIII - saúde ocupacional.

Parágrafo único. Para as áreas de que trata o caput deste artigo, deverão ser definidas estratégias para grupos específicos de servidores, com a finalidade de propiciar o desenvolvimento de abordagens e intervenções diferenciadas.

Art. 11. No intuito de viabilizar o cuidado em saúde e aumentar o impacto dos programas e ações de promoção da saúde, priorizam-se os seguintes temas de interesse:

I - alimentação saudável;

II - cuidado integral em saúde;

III - desenvolvimento de habilidades sociais e do trabalho;

IV - envelhecimento ativo, educação e preparação para a aposentadoria;

V - gestão integrada de doenças crônicas e fatores de risco;

VI - mediação de conflitos; VII - prática corporal e atividade física;

VIII - prevenção da violência e estímulo à cultura da paz;

IX - prevenção e controle do tabagismo;

X - redução da morbidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;

XI - valorização da diversidade humana;

XII - prevenção de acidentes de trabalho; e

XIII - intervenção nos ambientes e processos de trabalho com vistas à prevenção de doenças, agravos e acidentes ocupacionais.

### CAPÍTULO III DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Art. 12. Na implementação das diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, compete à Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, na qualidade de órgão central do SIPEC:

I - aprovar orientações, portarias e outros atos normativos complementares a esta Portaria;

II - manter sistema de registro de informações dos programas de promoção da saúde; e

III - promover, com a colaboração dos setores competentes, o estudo para a provisão de recursos humanos e orçamentários necessários ao desenvolvimento das ações e atividades de promoção à saúde.

Art. 13. Na implementação das diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, compete ao Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor da Secretaria de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão:

I - formular e propor normas e diretrizes para a área de promoção da saúde do servidor;

II - promover estudos das legislações relacionadas à saúde do servidor, no âmbito de sua competência, e propor o seu aperfeiçoamento;

III - apoiar estudos e pesquisas pertinentes aos problemas que afetam a segurança e a saúde do servidor, contribuindo para a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção dos agravos;

IV - difundir informações que contribuam para a proteção e promoção da saúde do servidor;

V - dar visibilidade às ações e programas de promoção da saúde ofertados pelos órgãos e entidades da administração pública federal, a partir das iniciativas registradas no sistema informatizado disponibilizado pelo órgão central, possibilitando o controle e avaliação da qualidade das ações e programas de promoção à saúde do servidor; e

VI - estabelecer parcerias e intercâmbios técnicos com organismos e instituições afins, nacionais e internacionais, para fortalecer a atuação institucional e promover a capacitação dos colaboradores.



Art. 14. Na implementação das diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, compete aos dirigentes dos órgãos ou entidades e gestores de pessoas ou de recursos humanos:

I - viabilizar ou firmar cooperações técnicas que assegurem os meios e recursos necessários para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, em consonância com o perfil epidemiológico dos servidores, com as características institucionais e especificidades regionais;

II - incluir, sistematicamente, ações programáticas direcionadas para promoção da saúde dos servidores no planejamento do órgão ou entidade e dos relatórios anuais de gestão;

III - assegurar o cumprimento destas diretrizes e promover a formação e capacitação, em conformidade com as orientações das equipes técnicas de vigilância e de promoção da saúde; e

IV - garantir o registro das informações relativas às ações e programas de promoção da saúde no sistema informatizado disponibilizado pelo órgão central do SIPEC.

Art. 15. Na implementação das diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, compete às unidades do SIASS:

I - coordenar e executar ações voltadas à promoção da saúde, em especial à melhoria das condições e organização do trabalho, prevenção de acidentes, agravos à saúde e doenças;

II - apoiar e supervisionar os órgãos que as compõem no planejamento, execução e monitoramento das ações de promoção da saúde;

III - desenvolver estratégias para o recebimento de informações sobre casos que caracterizam assédio moral no trabalho e para a adoção das providências cabíveis;

IV - elaborar o perfil epidemiológico da saúde dos servidores, a partir de fontes de informação existentes, com o objetivo de orientar as ações de atenção à saúde do servidor, em especial a intervenção nos ambientes e processo de trabalho; e

V - realizar o registro das informações relativas às ações e programas de promoção à saúde, ofertadas pela unidade, no sistema informatizado disponibilizado pelo órgão central do SIPEC.

Art. 16. Na implementação das diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, compete às equipes multiprofissionais vinculadas às unidades do Siass e aos órgãos e entidades que compõem o SIPEC:

I - planejar e executar ações voltadas para promoção da saúde, em especial para a melhoria das condições de trabalho, prevenção de acidentes, agravos à saúde e doenças relacionadas ao trabalho;

II - sistematizar e analisar os dados gerados nas ações de promoção da saúde, notificando os agravos relacionados ao trabalho no sistema informatizado disponibilizado pelo órgão central do SIPEC;

III - amparar os servidores e indicar-lhes ações de promoção da saúde, preservando o sigilo das informações individuais;

IV - zelar pela integralidade das ações, pela humanização do trabalho em saúde, considerando a abordagem multiprofissional e interdisciplinar; e

V - realizar o registro das informações relativas às ações e programas de promoção da saúde do servidor no sistema informatizado disponibilizado pelo órgão central.

#### CAPÍTULO IV

#### DO PLANEJAMENTO

Art. 17. No âmbito dos órgãos e entidades que compõem o SIPEC, o planejamento em promoção da saúde requer:

I - o emprego destas diretrizes para a orientação das ações que serão desenvolvidas; e

II - a observância da integralidade do cuidado e dos determinantes sociais e de saúde e, sempre que possível, de acordo com as necessidades e situações de saúde dos servidores nos diferentes órgãos e entidades compõe o SIPEC.

#### CAPÍTULO V

##### DO FINANCIAMENTO

Art. 18. Cabe aos órgãos e entidades no âmbito do SIPEC viabilizarem os meios e os recursos necessários para garantir a implantação e a implementação das ações de promoção da saúde, com recursos próprios ou oriundos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

#### CAPÍTULO VI

##### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19. Os órgãos e entidades integrantes do SIPEC devem observar estas diretrizes na elaboração de orientações e condutas específicas.

Art. 20. Os órgãos e entidades integrantes do SIPEC deverão elaborar plano de ação, o qual conterà o planejamento de execução de ações de promoção da saúde.

Art. 21. Os órgãos e entidades integrantes do SIPEC deverão promover a qualificação dos técnicos das áreas de recursos humanos, de qualidade de vida, de saúde e de segurança do trabalho, a fim de instrumentalizá-los para o cumprimento destas diretrizes.

Este Texto não substitui o publicado no DOU de 27/03/2013, seção I, pág. 77