

POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO EM QUESTÃO: O CASO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Fernanda da Conceição Zanin¹
Luis Allan Künzle
Paulo de Oliveira Perna
Sandra Mara Alessi Muntsch

Resumo

Este trabalho discute a política de saúde do servidor público adotada pelo Governo Federal, tomando por referência a Saúde do Trabalhador. Tal discussão se dá a partir da experiência da Universidade Federal do Paraná como instituição sede de uma Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS). Para este estudo foram retomados elementos históricos que permitiram passar da concepção de Medicina do Trabalho ao campo da Saúde do Trabalhador, consolidado no Brasil por meio do Movimento da Reforma Sanitária. Também foram realizadas análises de documentos referentes ao SIASS, bem como retomados debates nacionais e locais realizados em torno da temática. Na sequência são apresentados reflexos deste processo na Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal e em diversas iniciativas governamentais, como a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal, do qual o SIASS faz parte. Critica-se a implementação adotada para essa política, a por exemplo da Assistência à Saúde implementada por meio de parceria público-privada, e a manutenção da Perícia em Saúde numa lógica de controle da força de Trabalho. Conclui-se que as ações adotadas centralizam-se no adoecimento, e não na vigilância e promoção da saúde.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo coloca em discussão a política de saúde do servidor público adotada pelo Governo Federal, tomando por referência a saúde do trabalhador, a partir da experiência da Universidade Federal do Paraná (UFPR). As reflexões aqui apresentadas foram gestadas no Fórum de Saúde do Trabalhador da UFPR. Este fórum resultou de construção política que teve início em 2009, por iniciativa da Associação dos Professores da UFPR (APUFPR), com reuniões periódicas envolvendo as representações sindicais dos docentes e dos técnicos-administrativos e servidores dos serviços de saúde da própria Universidade. Na greve das

1 Associação dos Professores da Universidade Federal do Paraná – Seção Sindical do ANDES-SN (APUFPR-Ssind) e Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (NESC/UFPR). E-mails: ferczanin@gmail.com; lakunzle@gmail.com; poperna1@gmail.com, sandramalessi@gmail.com.

universidades públicas federais de 2011, um dos pontos de reivindicação da pauta local dos docentes da UFPR foi a aceitação, pela Administração da Universidade, do Fórum enquanto instância de elaboração de políticas relacionadas ao tema da saúde dos servidores. Neste período o Fórum participou de diversas lutas nacionais (previdência complementar, EBSEH, etc.) e locais (estágio probatório, condições de trabalho precarizadas, etc.), organizou vários seminários (saúde do trabalhador, assédio moral, entre outros) e elaborou diversas proposições que foram encaminhadas aos conselhos superiores da UFPR (comissão de relações interpessoais de trabalho, normatizações referentes à instabilidade e periculosidade, etc.). A temática do SIASS (Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor) foi trazida ao Fórum pela Coordenadoria de Atenção Integral à Saúde do Servidor da UFPR. Neste momento, o acordo anterior (2009-2013) referente à unidade SIASS sediada na UFPR (SIASS-UFPR) já estava vencido e a Universidade discutia a assinatura de um novo acordo vigente para quatro anos. A unidade do SIASS sediada na UFPR contempla os servidores de mais duas instituições de ensino superior lotados no Paraná: Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR) e o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná (IFPR).

O Grupo de Trabalho em Seguridade Social e Assuntos de Aposentadoria da APUFPR (GTSS/A-APUFPR), em conjunto com pesquisadores do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFPR), passou a estudar os marcos legais referentes ao SIASS, os documentos orientadores gerados pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e do I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor e diversos trabalhos acadêmicos que analisam o tema da saúde do servidor público. Em paralelo a este trabalho, o tema também foi pauta das reuniões do Fórum de Saúde do Trabalhador da UFPR. Além destas espaços de debates, membros do Grupo de Trabalho participaram de reuniões promovidas pela Pró-reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEPE) da UFPR, destinadas à análise da renovação do acordo referente ao SIASS e nas quais estavam presentes os gestores da área de saúde das outras duas instituições partícipes da Unidade SIASS.

Este artigo sistematiza os estudos efetuados e analisa com maior profundidade a Unidade SIASS-UFPR, a partir do acordo envolvendo as três instituições, do respectivo plano de trabalho e das informações apreendidas durante as diferentes reuniões de trabalho nas quais

esta temática foi tratada. De início, o artigo recupera historicamente a Reforma Sanitária e esclarece e perpassa pelo Saúde do Trabalhador. Em seguida, se analisa a estruturação, dentro do Estado Brasileiro, da segurança e assistência à saúde do Servidor Público Federal. Na sequência, se dedica à análise propriamente dita do SIASS: do marco regulatório legal aos modelos de acordo propostos pelo MPOG. Finalmente, apresenta-se o resultado da avaliação da Unidade SIASS-UFPR, a partir dos debates realizados no Fórum de Saúde do Trabalhador da UFPR.

2. SAÚDE E TRABALHO

As relações entre saúde e trabalho sempre surgiram como dado empírico na longa experiência humana. São inúmeros os relatos já da Antiguidade que apontam para essa relação. No entanto, é somente a partir dos séculos XVI e XVII, em pleno desenvolvimento do modo capitalista de produção, que surgem abordagens de natureza científica. Bernardino Ramazzini (1633-1714) é considerado um dos pioneiros nesse campo; no livro *De Morbis Artificum Diatriba* (Doenças do Trabalho), o médico italiano arrola uma série de enfermidades decorrentes do contato do trabalhador com agentes químicos, metais, poeiras e outros, e com isso dá visibilidade ao problema do adoecimento pelo trabalho (RAMAZZINI, 2000).

Nos séculos seguintes, as relações entre saúde e trabalho serão tomadas sob o prisma biologicista, em que a saúde é compreendida como o resultado do equilíbrio de funções corporais, o que por sua vez é obtido com a satisfação das necessidades orgânicas (alimentação, sono, exercícios físicos, etc.), e o trabalho visto como mera condição natural a que todo ser humano está submetido. O melhor exemplo é o campo da Medicina do Trabalho. Surgindo na Inglaterra, na Revolução Industrial do século XIX, toma como objeto o corpo do trabalhador e busca nele resolver as “avarias” para devolvê-lo ao processo produtivo (LUZ, 1988).

Com a expansão e complexificação dos processos produtivos, em especial, no pós-II Guerra Mundial, o modelo da medicina do trabalho não dá mais conta nem de explicar e nem de resolver os graves problemas de saúde dos operários. É então que surge o campo da chamada Saúde Ocupacional, tendo agora como objeto o ambiente, e as propostas são de

intervenção no mesmo. Para superar o enfoque médico até então hegemônico, a Saúde Ocupacional se caracteriza pela multi e interdisciplinaridade, com a intervenção de equipes multiprofissionais, e a ênfase na higiene industrial e serviços médicos. (MENDES; DIAS, 1991)

No Brasil, as relações entre saúde e trabalho somente foram objeto de política pública muito tardiamente. No início do século XX, as lutas de trabalhadores – com greves expressivas – forçaram o Estado a estabelecer medidas que, no entanto, conservaram o escopo biologicista (enfoque médico-clínico) na atenção ao indivíduo trabalhador e seus dependentes, por meio das instituições previdenciárias (as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPS – e depois Institutos de Aposentadoria e Pensão - IAPs). Essa é a base dos serviços desenvolvidos nas décadas seguintes, e incorporada na Consolidação das Leis do Trabalho (anos 30), e que ganha formato ampliado com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1966. É oportuno lembrar que o direito à assistência médica e acidentária cabia apenas aos trabalhadores com contratos formais (carteira de trabalho).

Somente em 1966, com a criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo, de Segurança e Medicina do Trabalho, o Brasil incorpora na política pública ações típicas da Saúde Ocupacional. No entanto, esse campo sai do âmbito da Previdência e migra para o Ministério do Trabalho. Avalia-se que tais medidas foram tomadas diante do expressivo adoecimento e mesmo aumento das taxas de acidentes de trabalho. No plano legislativo, de acordo com Mendes e Dias (1991), o novo quadro

expressou-se na regulamentação do capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) reformada na década de 70, principalmente nas normas relativas à obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho [...]; na avaliação quantitativa de riscos ambientais e adoção “de limites de tolerância” [...], entre outros. (p. 344)

Uma vez tendo o Ministério do Trabalho se responsabilizado pelas ações no campo da saúde e trabalho, os serviços nessa área passam a seguir a Lei nº 6514, de 22/12/77, no tocante à Segurança e Medicina do Trabalho, e as Normas Regulamentadoras, instituídas pela Portaria nº 3214, de 08/06/78. O enfoque, como se vê, continua sendo tanto da medicina do

trabalho quanto da saúde ocupacional, que fica nos limites que não interferem na lógica da produção capitalista.

Nos anos 70, dois movimentos tiveram influência decisiva nas transformações que viriam a acontecer com relação à futura política pública no campo da saúde e do trabalho.

O primeiro deles é o surgimento dos movimentos sociais, a partir do fim da década de 1970 e início dos anos 1980 como oposição aos regimes militares autoritários instaurados na América Latina. Goirand (2009) avalia que

esses movimentos muito diversos estruturaram-se, numa primeira etapa, fora do contexto oferecido pelos partidos políticos e os sindicatos tradicionais, obedecendo a lógicas apresentadas como “novas”. Correspondem a essa categoria os “novos movimentos sociais”, movimentos tão diversos quanto, por exemplo, o Movimento dos Sem Terra, criado no Brasil em 1979 para reivindicar a generalização do acesso à terra através de uma reforma agrária (p. 324).

No campo da saúde, se produziu um avanço epistemológico importante, mais propriamente na América Latina, que foi a elaboração do conceito de “determinação social da saúde” (LAURELL, 1982; BREILH, 1988). Os fundamentos teóricos estão no materialismo histórico-dialético de Marx, para quem “O modo de produção da vida material é que condiciona o processo da vida social, política e espiritual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas, inversamente, o seu ser social que determina a sua consciência.” (MARX, 1983, p. 24). Em outros termos, a centralidade da teoria da determinação social do processo saúde-doença é a categoria trabalho, como criador e organizador da vida humana.

No Brasil, no campo da saúde, a insatisfação popular conduz ao conhecido Movimento da Reforma Sanitária, cujo resultado concreto foi garantir suas mais importantes teses no texto da Constituição de 88, e depois regulamentadas em leis específicas. Dentre essas teses, estavam os conteúdos relativos ao campo da Saúde do Trabalhador.

O segundo movimento acima referido, e que está na gênese do campo da Saúde do Trabalhador tal como se dá no Brasil, é a influência do Movimento Operário Italiano. Mendes e Dias (1991) ressaltam, como princípios-base da agenda do movimento dos trabalhadores italianos, a não delegação da vigilância da saúde ao Estado, a não monetização do risco, a validação do saber dos trabalhadores e a realização de estudos e investigações independentes,

o acompanhamento da fiscalização, e o melhoramento das condições e dos ambientes de trabalho (p. 345).

Portanto, o campo da Saúde do Trabalhador, concebido nesses fundamentos passa a ser conteúdo integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do artigo 5º, parágrafo 3º, da Lei Orgânica nº 8080, de 1990: “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”.

Embora não tendo se desenvolvido com a urgência que a realidade sanitária do país exigia, o campo da Saúde do Trabalhador, nos seguintes 24 anos de existência do SUS, teve uma gradativa construção teórico-metodológica, que vem impactando tanto na organização de serviços específicos para a atenção à saúde do trabalhador, como também nas metodologias de intervenção nos ambientes de trabalho e na produção de pesquisas acadêmicas.

Ocorre que tal processo, contraditoriamente, teve pouco ou quase nenhuma repercussão prática quando se trata da atenção à saúde do servidor público. Esta, com uma trajetória histórica específica, vem se dando à margem do SUS. Por isso mesmo, as marcas presentes nas diferentes formulações políticas para atender o setor, têm se caracterizado pela ênfase na atenção médica, individualizante e curativa, e muito pouco pela atenção ao coletivo, no qual as prioridades exigiriam outros processos de trabalhos na implementação das ações de saúde e segurança no trabalho (RANNINGER; NARDI, 2007).

3. SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO

No Brasil, a trajetória do serviço público profissionalizado ocorre desde 1936, quando foi criado o Conselho Federal do Serviço Público Civil. Até então, as atividades administrativas eram exercidas de modo empírico. Nos anos seguintes, outras iniciativas ocorreram, mas nenhuma de maior consistência, e se caracterizando pela ausência ou poucas referências ao campo da saúde e segurança do servidor.

Em 1970, o governo criou o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC), pelo Decreto-Lei nº 67326, de 05/10, mas que também não previa nenhuma organização específica para a atenção à saúde (BRASIL, 1970).

A ausência de uma política nacional de saúde do servidor articulada e central, mesmo depois da Constituição de 88, levou a que os Ministérios e demais órgãos que compunham o SIPEC, acabassem por criar serviços de saúde com recursos financeiros, estruturas físicas e organizacionais e critérios periciais diferentes:

Alguns órgãos estruturaram serviços de excelência em saúde, com ações nas áreas de assistência, perícia e promoção, realizando exames médicos periódicos; outros não desenvolveram nenhuma ação na área de saúde do servidor, nem sequer possibilitaram o acesso às juntas médicas para a concessão de direitos. (BRASIL, 2010, p. 3).

Esse cipoal de ações também se reproduziu nos níveis estaduais e municipais dos servidores públicos.

A consequência é que a inexistência de um sistema de informações que notificasse os agravos à saúde – licenças médicas, acidentes de trabalho, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais – impossibilitou a construção do perfil de adoecimento dos servidores públicos e dificultou o real dimensionamento das questões relacionadas à saúde do servidor. (BRASIL, 2010, p. 3)

Ou seja, o próprio governo não tinha como dimensionar o tamanho do problema que ele deveria atacar, o que permitia justificar, por outro lado, a continuidade de ações improvisadas, iniciativas precarizadas e a manutenção de enormes disparidades na atenção aos servidores das três esferas de Governo.

Apenas para registro, cabe ainda informar que, em 2003, foi criada a Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor e, em 2006, o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal – SISOSP. No entanto, são bastante escassos os relatos sobre a organização concreta de serviços sob orientação do SISOSP, o que na prática serviu apenas como uma manifestação de boas intenções governistas para com a saúde do servidor público. Ramminger e Nardi (2007), em estudo sobre as políticas de atenção à saúde do servidor público, registram:

percebemos a extrema vulnerabilidade das ações voltadas à atenção da saúde do servidor público que, definitivamente, não integram uma política pública, mas ficam à mercê dos diferentes governos, sendo que os enunciados da saúde do trabalhador parecem ter uma frágil penetração em uma área ainda hegemônica da Medicina do Trabalho. (p. 223)

É somente a partir de dezembro de 2007 que, segundo o próprio governo,

se estabelece o compromisso de construir e implantar, de forma compartilhada, uma **Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal – PASS**, sustentada por 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. Movimento que deu consequência à criação do **Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS**. (BRASIL, 2010, p. 4, negrito nosso)

A PASS está sustentada por três eixos: **vigilância e promoção à saúde, assistência à saúde do servidor e perícia em saúde**. E como estratégias para desenvolver essa política, o governo estabeleceu: Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS); Diagnóstico dos Serviços de Saúde dos Órgãos Federais em Âmbito Nacional; Implantação do Sistema Nacional de Informações em Saúde do Servidor (SINAISS); Capacitação e Comunicação; Organização da rede de unidades do SIASS (BRASIL, 2010).

No que se refere à assistência à saúde do servidor, a política adotada pelo Governo Federal consistiu na adoção de parcerias público-privadas. Conforme Sarmiento e Prazeres (2010, *apud* OLIVEIRA, 2001),

Hoje ocorre uma substituição da política pelo mercado na condução dos processos sociais, ou seja, está em andamento um processo de “mercantilização” da vida social como um todo, o que significa dizer que uma economia globalizada se subtrai à ação do Estado regulador e submete todos os fatores da produção em um processo acelerado de internalização de todos os mercados e a contraposição radical entre metas econômicas e fins sociais e políticos.

As expressões mais acentuadas dessa política foram a concessão do *per capita*, uma retribuição feita pelo Estado apenas aos servidores que se associarem a planos de saúde complementar privados, e a previdência complementar via FUNPRESP, na qual a aposentadoria dos servidores a partir de 2013 será regulada por aplicações em fundos de pensão vinculados à Bolsa de Valores, sem nenhuma garantia efetiva de proteção social.

4. SIASS – Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor

O SIASS foi estabelecido por meio do Decreto nº 6833 de 29 de abril de 2009. No seu artigo segundo ele estabelece:

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 (BRASIL 2009).

O Decreto institui ainda um Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor, sob tutela do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Suas principais atribuições consistem no estabelecimento de diretrizes da política de atenção à saúde e segurança do trabalho, na operacionalização das unidades do SIASS e na definição das regras e procedimentos para guarda e utilização das informações pessoais sobre a saúde dos servidores. A composição deste Comitê Gestor consiste em um membro titular e um membro suplente dos seguintes órgãos: MPOG, que o coordena, Casa Civil da Presidência da República, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social, Ministério da Educação, Ministério da Fazenda, Ministério do Trabalho e do Emprego e Ministério da Justiça.

A implementação das unidades do SIASS se dá através da assinatura de Acordos Técnicos de Cooperação (ACT), envolvendo todas as instituições para as quais a referida unidade será responsável pelas ações de saúde do servidor. Cada ACT é acompanhado de um Plano de Trabalho para o período durante o qual o acordo estará vigente. O MPOG disponibiliza um modelo padrão de ACT a ser utilizado pelas instituições participantes do acordo.

Crítica ao SIASS

A primeira crítica ao SIASS está relacionada ao seu processo de implementação, uma vez que o Governo Federal não explicita os critérios a partir dos quais são criadas as unidades do SIASS, abrindo espaço para uma variedade excessivamente heterogênea de unidades, tanto no número de instituições federais participantes, como da natureza de cada uma delas e do número de servidores a serem atendidos.

Outro problema que parece não se restringir à forma refere-se ao fato de que os instrumentos legais permitem identificar que, entre os conceitos definidos no Decreto “assistência à saúde”, “perícia oficial” e “promoção, prevenção e acompanhamento da saúde”, não é apresentado o referente à “Segurança no Trabalho”, que deveria ser tratado como um dos eixos da PASS.

A análise do modelo de ACT recomendado pelo MPOG (BRASIL 2013, pp. 8 e 9), mais especificamente no que diz respeito aos objetivos do SIASS, permite questionar a concepção que se tem de Saúde do Trabalhador, que é expressa textualmente da seguinte forma:

- I – potencializar o resultado 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.

Pode-se notar que ao focar tais objetivos a atenção à saúde do servidor passa a ter um viés meramente administrativo e economicista. Dando continuidade à crítica expressa anteriormente, aponta-se que a política de saúde do servidor fica sob a administração do MPOG e não do Ministério da Saúde ou do Trabalho, que possuem estruturas técnicas específicas para o acompanhamento das condições de trabalho exigidas por lei. Mais um elemento que confirma tal afirmação pode ser encontrado em uma das diretivas atribuídas ao Comitê Gestor, que deverá pautar suas ações visando “reduzir o tempo de ausência do servidor do seu ambiente de trabalho” (BRASIL 2009, Art. 4º §2º). O foco das ações propostas pelo MPOG está no retorno ao trabalho e não no bem estar do trabalhador. Aqui se revela, sem nenhum disfarce, um retorno a uma concepção de Medicina do Trabalho produtivista próprio do século 19.

Uma outra importante síntese de críticas foi sistematizada na Conferência Nacional de Recursos Humanos da Administração Federal, que ocorreu em Brasília em 2009, que contou com a participação de representantes da sociedade civil, sindicatos e membros do Governo. A PASS e o SIASS, como não poderia deixar de ser, foram, entre outros temas, objeto de intensos debates. No Relatório da Conferência, foram registrados, em ordem de importância, os seguintes elementos:

1. *Quanto à gestão e política:* Falta de visão de saúde organizacional; conceito de saúde restrito ao aspecto ocupacional, em detrimento da perspectiva integral; insegurança e resistência devido à mudança de cultura; falta de comprometimento e vontade política de alguns gestores, nos diversos níveis; fragilidade na definição das competências e responsabilidades na implantação do SIASS e das áreas internas de cada órgão; falta de diretrizes; falta de autonomia da Política de Assistência à Saúde dos Servidores; ausência de definição da política remuneratória; falta de visão de saúde organizacional.
2. *Quanto à perícia médica:* dificuldade na troca de paradigma de perícia médica; falta de regulamentação/padronização da atividade pericial para os servidores públicos federais; ênfase inicial nas ações de perícia médica em detrimento de outras ações de promoção da saúde; risco do SIASS se tornar exclusivamente um modelo pericial de controle.
3. *Quanto a pessoal/equipe:* quadro reduzido para as atividades do SIASS, especialmente para as ações periciais; indefinição do papel, do perfil e da composição da equipe de vigilância à saúde; ausência de esclarecimentos de como será estruturada a equipe técnica, seu papel e sua vinculação; ausência de alguns cargos, como técnico de segurança. (BRASIL, 2009)

Outros temas também foram abordados, porém, dentre eles cabe ressaltar a “Ausência de ações de vigilância com foco nos ambientes de trabalho e na saúde do servidor” e “Falta de ações efetivas de promoção e prevenção que possam ser implementadas dentro do perfil de cada órgão”, dado que eles se referem diretamente a um dos eixos da PASS/SIASS, referente a Vigilância e Promoção da Saúde.

5. Unidade SIASS-UFPR – Uma estrutura insuficiente para uma instituição atendendo três instituições

Até o momento, no Paraná, o SIASS foi implantado, em Curitiba, por meio de duas unidades e uma terceira em Foz do Iguaçu. Das unidades sediadas em Curitiba, uma está voltada exclusivamente aos servidores da educação federal, envolvendo as três instituições

federais de ensino: UFPR, UTFPR e IFPR, com sede na UFPR. A outra envolve parte dos demais órgãos federais situados no Estado.

O primeiro acordo técnico de cooperação da Unidade do SIASS-UFPR, entre as três instituições, foi assinado em 2009, com dois anos de duração, renovado automaticamente em 2011 e se encerrou em 2013. O SIASS-UFPR têm como público-alvo em torno de 15.000 pessoas, entre servidores ativos, inativos e pensionistas. Destes, 68% são vinculados à UFPR, 25% à UTFPR e 7% ao IFPR. Geograficamente, as três instituições possuem campus sede em Curitiba. A UFPR possui três campi no interior do estado, a UTFPR onze e o IFPR dezenove, com seis em fase de implantação. Segundo a Direção da Unidade, a UFPR assumiu a sede da Unidade SIASS, por indicação do MPOG, por atender a uma dupla exigência feita pelo Governo Federal, a saber, ter um mínimo de estrutura de serviço de atenção à saúde para recepcionar os servidores e ter ‘vocação’ para prestar esse tipo de serviço – uma vez que suas unidades de atendimento já estão estruturadas há bastante tempo.

A renovação do acordo de cooperação foi objeto de várias reuniões nas quais o Fórum de Saúde foi parte integrante. Durante essas reuniões foi possível identificar os seguintes elementos de avaliação dos quatro primeiros anos de funcionamento da Unidade SIASS-UFPR:

1. Não foi realizado o dimensionamento de pessoal previsto nos ACT. Segundo o responsável pela Unidade, UTFPR e IFPR contribuíram cedendo alguns profissionais, ainda assim sem sucesso no intento de compor uma equipe com número suficiente de servidores.
2. Estavam previstos dois concursos, um para 2013 e outro para 2014, para contratação de cerca de 1000 servidores para o SIASS para todo o país; deste total, apenas 14 vagas viriam para o estado do Paraná e 06 delas para a Unidade SIASS-UFPR. Entretanto, esses concursos foram cancelados e, por isso, não há previsão de contratação de pessoal a médio prazo.
3. As instalações físicas da UFPR, responsável pela Unidade SIASS, para o atendimento apenas da demanda interna existente ainda são precárias, o que coloca a seguinte questão: como promover saúde nos servidores dos órgãos partícipes se não há condições sequer para realizar as outras duas atividades

(perícia e assistência à saúde) do tripé de atuação do programa? Além disso, as instituições têm criado novos campi sem nenhuma previsão ou alocação de recursos humanos e infraestrutura necessários para a atenção à saúde.

4. A UFPR dispõe de um sistema denominado CASA (Centro de Atenção à Saúde), que consistem de três unidades ambulatoriais, distribuídas nos campi em Curitiba, com função de realizar a assistência primária à saúde da comunidade universitária. Há um conflito entre esse sistema, o SIASS e o SUS, mas este espaço é bastante utilizado por estudantes e servidores que não possuem plano de saúde privado, sobretudo técnicos-administrativos. A implantação da Unidade SIASS pressupõe a extinção desse sistema, uma vez que ele não está presente no plano de trabalho e que os servidores da área de saúde são os mesmos previstos para a Unidade SIASS. Esta lacuna não é tratada no planejamento proposto.
5. Ressaltou-se também o impedimento ao acesso aos dados relativos à saúde e afastamentos dos servidores atendidos pelo SIASS-UFPR, o que impede estabelecer o perfil epidemiológico de saúde dos servidores da UFPR.
6. A atual estrutura não permite que sejam realizadas pesquisas acadêmicas e estágios profissionais vinculados à Unidade do SIASS. À solicitação de dados, respondeu-se que não há autorização do MPOG para publicização dos dados, em virtude de não haver filtros que omitam ou retirem informações que por razões éticas não podem ser divulgadas.
7. Os cursos previstos para capacitação dos servidores pertencentes ao SIASS segundo o MPOG são realizados via Ensino à Distância e, em sua maioria, voltados para a saúde suplementar e a previdência complementar. Ou seja, os poucos recursos disponibilizados pelo MPOG são destinados à incrementar a política de soluções via parcerias público-privadas.
8. O serviço de perícia não gera a notificação por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho no Serviço Público (CAT/SP); contraditoriamente, o Serviço de Perícia aceita pedidos de afastamento dos servidores oriundos de atendimentos de saúde externos à Unidade SIASS-UFPR.

9. Não fica claro como cada uma das instituições partícipes vão dispor de suas verbas orçamentárias e de seus recursos humanos destinados à saúde do servidor nas ações da Unidade SIASS-UFPR. Da mesma forma, não há proporcionalidade entre o número de servidores do SIASS cedidos por cada instituição e o número de servidores a serem atendidos dessas instituições; não há também proporcionalidade dos recursos disponibilizados por cada instituição participante.

6. CONCLUSÃO

Desde os primeiros seminários e conferências promovidos pelo Governo, em 2006, para elaborar uma política de Estado para a Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público, foram indicadas uma série de ações que resultaram na proposta de criação de diversos programas, ao lado do SIASS, dentro da PASS. Alguns destes já foram substituídos por outros e outros ainda não foram ainda implementados. Ademais, em nenhum momento resultados de análise deste processo foram disponibilizados pelos órgãos governamentais responsáveis.

Na prática, os eixos de vigilância e promoção continuam com pouca ação efetiva. Eles estão presentes no título da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal, mas curiosamente desaparecem no título do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor. Pior que isso, o eixo Assistência à Saúde foi transferido para um modelo de parceria público privada, cofinanciada pelo estado. O eixo referente à Perícia em Saúde mantém-se numa lógica com nítidas conotações de controle da força de trabalho.

Isto faz sentido quando se verifica que a atribuição de todas as formulações referentes à segurança e atenção à saúde do Servidor – do estabelecimento de políticas à implantação de mecanismos de controle – tem sido de responsabilidade do ministério responsável por questões de planejamento, orçamento e gestão, sem histórico de construção nas áreas de saúde e trabalho. Este é, por sinal, o mesmo ministério responsável por implementar, dentro das carreiras do Serviço Público, mecanismos quantitativos de avaliação e remuneração por produtividade.

Outro elemento importante é que, em nenhum momento, na elaboração e na discussão das políticas relacionadas à saúde e segurança no trabalho do servidor, foram criados espaços de participação desses mesmos servidores públicos federais ou de suas representações sindicais. Ou seja, não foi dado ao servidor público federal o mesmo tratamento que é propiciado ao trabalhador quando das Conferências de Saúde.

A implementação do SIASS tem claro viés de otimização de recursos, como objetivo principal. A partir da experiência da Unidade SIASS-UFPR, onde o número de servidores é claramente insuficiente para o volume de trabalho que lhe é atribuído. As três instituições de ensino superior em franco aumento do número de campi, geograficamente distantes da sede e muitos dos quais com problemas de infraestrutura.

De efetivo, pode-se concluir que a política implementada pelo Governo via SIASS dissocia claramente as questões de saúde do processo de trabalho, e centraliza as ações no dano, no adoecimento, e não na promoção da saúde. Dito de outra forma, o que se está fazendo não se refere à Saúde do Trabalhador.

REFERÊNCIAS

BRASIL. 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

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor – DESAP. **Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal - PASS**. Brasília, setembro de 2010. Disponível em: <http://www.ufvjm.edu.br/proace/saude/doc_view/3documento-do-siass.html>. Acesso em: 7/4/2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão pública. Portaria normativa nº 3, de 25 de março de 2013.

BRASIL. Presidência da República. Decreto-Lei nº 5.442, de 1 de maio de 1943. Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília: [s.n.], 1943.

BRASIL. Presidência da República. Decreto-lei nº 67326, de 5 de outubro de 1970. Dispõe sobre o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal e dá outras providências. Brasília: [s.n.], 1970.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 6514, de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. Brasília: [s.n.], 1977.

BRASIL. Presidência da República. Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília: [s.n.], 1978.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Lei orgânica nº 8080, 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. Brasília: [s.n.], 1990.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6833, 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. Brasília: [s.n.], 2009.

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: UNESP/HUCITEC, 1988.

GOIRAND, C. Movimentos sociais na América Latina: elementos para uma abordagem comparada. **Est. Hist.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 44, p. 323-354, jul.-dez. 2009.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Rev. Latinoamericana de Salud**, n. 2, p. 7-25, abr. 1982.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MACAGI, S. T. S. **Atenção à saúde do servidor: planejamento em uma universidade pública.** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, Mestrado Profissional em Enfermagem, 2013.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política.** São Paulo: Martins Fontes, 1983.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-49, 1991.

OLIVEIRA, M. A. **Desafios éticos da globalização.**

São Paulo: Paulinas, 2001.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores.** 3. ed. São Paulo: Fundacentro, 2000.

RAMMINGER, T; NARDI, H. C. Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 213-26, abr.-jun. 2007.

SARMENTO, H. B. M.; PRAZERES, R. M. A atenção à saúde do servidor público federal e o exercício profissional do assistente social: contradições e desafios éticos. **Sociedade em Debate.** Pelotas, 16(2): 209-232, jul.-dez. 2010.