

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

BÁRBARA TEREZA BRANDÃO GUERREIRO BARBOSA

SAÚDE-ADOCIMENTO E TRABALHO NO INSTITUTO FEDERAL DE
ALAGOAS

MACEIÓ

2018

BÁRBARA TEREZA BRANDÃO GUERREIRO BARBOSA

**SAÚDE-ADOCIMENTO E TRABALHO NO INSTITUTO FEDERAL DE
ALAGOAS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes.

MACEIÓ

2018

Biblioteca Central

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho

B238s Barbosa, Bárbara Tereza Brandão Guerreiro.
 Saúde-adoecimento e trabalho no Instituto Federal de Alagoas / Bárbara Tereza
 Brandão Guerreiro Barbosa. - 2019
 141 f. : il.

Orientador: Jefferson de Souza Bernardes.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Universidade Federal de Alagoas.
Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maceió,
2018.

Bibliografia: f. 134-141.

1. Saúde do trabalhador. 2. Saúde mental. 3. Serviço público. 4. Ambiente de
trabalho. I. Título

CDU:159.9:331.45(813.5)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP

TERMO DE APROVAÇÃO

BÁRBARA TEREZA BRANDÃO GUERREIRO BARBOSA

Título do Trabalho: "Saúde-adoecimento e trabalho no Instituto Federal de Alagoas".

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:

Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes (PPGP/UFAL)

Examinadoras:

Prof.ª Dr.ª Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro (PPGP/UFAL)

Prof.ª Dr.ª Cristina Camelo de Azevedo (IP/UFAL)

AGRADECIMENTOS

Agradecer e abraçar. Durante o meu percurso no mestrado eu tive a felicidade de ter diversas pessoas me apoiando e incentivando. Essas pessoas também me ofereceram suporte, palavras certas e escuta em momentos oportunos. Sem elas a caminhada teria sido bem mais difícil.

Primeiro eu quero agradecer à minha mãe. Apesar dela não estar mais presente fisicamente nesse plano material, ela é uma das grandes responsáveis pela pessoa que me tornei e pelas escolhas que eu fiz. Minha mãe era uma mulher forte e batalhadora, criou duas filhas e três filhos com muitas dificuldades. Anulava-se muito como pessoa e como mulher para ser sempre mãe e estava sempre preocupada com nosso bem-estar. Sou imensamente grata por todo o amor, cuidado e suporte que minha mãe me deu e que me permitiu acessar estudos, conseguir fazer um curso superior e passar muitos anos da minha vida apenas estudando.

Quero agradecer à minha família, principalmente ao meu pai, aos meus irmãos, às minhas irmãs e cunhadas. Obrigada por todo o apoio, torcida e incentivo. Elas/es também fizeram parte dessa caminhada. Eu passei dois anos conciliando mestrado e trabalho. Então, muitos finais de semana em que a família se reunia, eu levava falta para ficar em casa estudando, lendo, escrevendo... Até as cobranças deles/as para que eu estivesse mais presente me ajudaram a concluir o mestrado. (Risos).

Quero agradecer aos meus amigos e amigas que estiveram ao meu lado no percurso do mestrado. Não dá para colocar o nome de todas/os porque são muitas/os. Mas vou destacar aqui Telma, Dany e Victor que foram pessoas fundamentais desde o processo de seleção e se fizeram presentes com todo o apoio, incentivo, palavras certas, abraços, convites para beber... Obrigada!

Quero agradecer aos amigos e amigas do IFAL que foram super compreensivas/os com minhas ausências e ajudaram-me a conciliar trabalho e estudos. Foram diversas pessoas: Flavinha, Lidi, Lidinha, Diogo, Ana Paula, Luzia, Jean, Carlos Eduardo, Carlos Miranda, Roberta, Adriana, Anna Júlia, Renata, Paulete e Alana. Foi muito bom sentir o quanto eu podia contar com vocês! Obrigada!

Quero agradecer às queridas e aos queridos do Grupo de Pesquisa Prosa. Eu tive o privilégio de ser acolhida por esse grupo. Os encontros do Prosa, os textos lidos, as discussões, reflexões e debates contribuíram muito para a construção e escrita dessa dissertação. Assim como, foi muito importante todo o acolhimento, a rede de apoio, cada abraço, cada palavra de incentivo, os almoços de terça-feira, as confraternizações e muitos outros momentos. Sinto que para além de um grupo de pesquisa, o Prosa foi para mim um grupo de cuidado! Obrigada!

Quero agradecer à Aline que foi minha parceirinha de caminhada e – acreditem! – ninguém esteve tão perto de mim nesse processo quanto ela. Obrigada pela amizade, escuta, compartilhamentos e companhia. Também quero agradecer ao Adriano que acolheu a mim e a Aline. Obrigada pela amizade, disponibilidade, presença, conversas e cuidado!

Quero agradecer ao IFAL, enquanto instituição, por ter me dado condições para realização da pesquisa com a disponibilização de informações e autorização para o uso delas. Quero agradecer especialmente ao Wagner Fonseca (diretor de gestão de pessoas) e ao Sebastião Júnior (coordenador de saúde do servidor) por terem sido tão solícitos e disponíveis.

Também quero agradecer à equipe de profissionais do SIASS que também me deu condições para a realização da pesquisa, especialmente Wanessa Pinto, Paulete e Mônica. Todas as vezes que fui ao SIASS conversar sobre a minha pesquisa e solicitar

informações, eu me senti muito bem recebida e acolhida. Obrigada pela disponibilidade e participação.

Por fim, quero agradecer ao meu orientador Jefferson Bernardes. O Jeff tornou a caminhada de mestrado mais leve. Ele insere a dimensão do cuidado com a pessoa no processo de orientação e realização da pesquisa. Em diversos momentos em que eu estava me sentindo cansada e pesada, o Jeff vinha com sua leveza e me ajudava a diluir as angustias, enxergar outras perspectivas e caminhos possíveis. Os encontros de orientação me ajudavam a refletir não apenas sobre a pesquisa, mas também de me perceber nesse processo. Jeff, obrigada pelo acolhimento, pela disponibilidade, pela leveza, pela atenção e pelo cuidado!

À todas e todos que fizeram parte desse meu percurso e que me ajudaram a fechar mais esse ciclo: gratidão e sintam-se abraçadas/os!

RESUMO

Nesse estudo objetivei refletir sobre a relação entre processos e modos de organização de trabalho e adoecimento no contexto do Instituto Federal de Alagoas (IFAL). Utilizamos o referencial teórico-metodológico das práticas discursivas e produção de sentidos, fundamentando no construcionismo social. Para alcançar os objetivos propostos, foram construídas informações sobre saúde e adoecimento no contexto do IFAL por meio dos dados referentes às licenças para tratamento de saúde dos/as servidores/as, os quais foram cedidos pela unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS). A partir dessas informações identifiquei que no período de 2012 a 2016 foram concedidas 1.833 licenças, as quais permitiram o afastamento de 1.000 servidores/as e representaram mais de 34.246 dias de afastamento das atividades laborais. Identifiquei, também, que a principal causa de adoecimento deve-se aos considerados transtornos mentais e comportamentais (CID-F). Para a discussão dessas informações utilizei os estudos de Christophe Dejours, os quais contribuem para o debate acerca da saúde mental e do sofrimento psíquico vivenciado por trabalhadores/as, assim como, permitem a reflexão de como os modos de organização do trabalho repercutem no processo saúde-adoecimento. Para Dejours os modos de organização do trabalho podem ser fonte de prazer – e, portanto, podem contribuir para a promoção à saúde – ou, por sua vez, podem se configurar como um fator que contribui para a produção de sofrimento e/ou adoecimento. Nesse sentido, compreende-se que os modos como o trabalho é organizado podem repercutir nas condições de vida e de saúde de trabalhadores e trabalhadoras.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; saúde mental; serviço público; organização do trabalho; condições de trabalho.

ABSTRACT

In this study I aimed to reflect on the relationship between processes and modes of work organization and illness in the context of the Federal Institute of Alagoas (IFAL). We use the theoretical-methodological reference of discursive practices and production of meanings, grounding in social constructionism. In order to achieve the proposed objectives, information on health and illness in the context of the IFAL was built through the data related to the licenses for the treatment of health of the civil servants, which were provided by the unit of the Integrated Subsystem of Attention to Health of the Federal Civil Servants (SIASS). Based on this information, I identified that in the period from 2012 to 2016, 1,833 licenses were granted, which allowed the removal of 1,000 civil servants and represented more than 34,246 days of removal from work activities. I also identified that the main cause of illness is due to those considered to be mental and behavioral disorders (ICD-F). For the discussion of this information I used the studies of Christophe Dejours, which contribute to the debate about the mental health and the psychological suffering experienced by workers, as well as, allow the reflection of how the modes of work organization have repercussions on the health-sickness process. For Dejours the modes of work organization can be a source of pleasure - and therefore can contribute to the health promotion - or, on the other hand, can be configured as a factor that contributes to the production of suffering and / or illness. In this sense, it is understood that the ways in which work is organized can have repercussions on the workers' living and health conditions.

Keywords: occupational health; mental health; public service; work organization; work conditions.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organograma da Reitoria do IFAL.....	73
Figura 2 – Quantidade de licenças concedidas para tratamento de saúde no IFAL, entre 2012 a 2016, pelo número de servidores/as que trabalhavam na instituição.....	78
Figura 3 – Quantidade de licenças concedidas para tratamento de saúde no IFAL, entre 2012 a 2016, pelo número de servidores/as contempladas/os.....	79
Figura 4 – Quantidade de servidores/as contemplados/as pela licença para tratamento de saúde no IFAL, entre 2012 a 2016, considerando o sexo.....	82
Figura 5 – Remuneração dos/as servidores/as, por sexo/gênero, no ano de 2017.....	86
Figura 6 - Quantidade de servidores/as contemplados/as pela licença para tratamento de saúde no IFAL, entre 2012 a 2016, considerando o cargo ocupado.....	92
Figura 7 – Licenças para tratamento de saúde dos/as servidores/as do IFAL, devido aos transtornos mentais e comportamentais, no período de 2012 a 2016.....	101
Figura 8 – Quantidade de dias de afastamento concedidos pelas licenças para tratamento de saúde dos/as servidores/as do IFAL, devido aos transtornos mentais e comportamentais, entre 2012 a 2016.....	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características dos campos teórico-práticos que abordam a relação saúde-doença e trabalho.....	28
Quadro 2 – Cargos e profissões exercidas pelos/as servidores/as, no ano de 2017.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Nível de escolaridade, no que diz respeito às pós-graduações, dos/as servidores/as do IFAL, no ano de 2017.....	84
Tabela 2 – Ocupação dos cargos de poder e decisão, considerando o sexo/gênero, no IFAL, no ano de 2017.....	87
Tabela 3 – Quantidade de servidores/as contemplados/as pela licença para tratamento de saúde no IFAL, entre 2012 a 2016, por faixa etária.....	88
Tabela 4 – Quantidade de servidores/as do IFAL, por faixa etária, no ano de 2016.....	89
Tabela 5 – Percentual, por faixa etária, de servidores/as afastados/as para tratamento de saúde considerando a quantidade de trabalhadores/as do IFAL, no ano de 2016.....	89
Tabela 6 – Quantidade de servidores/as contemplados/as pela licença para tratamento de saúde no IFAL, entre 2012 a 2016, por tempo de serviço.....	94
Tabela 7 – Percentual, por tempo de serviço, de servidores/as afastados/as para tratamento de saúde considerando a quantidade de trabalhadores/as do IFAL, no ano de 2016.....	95
Tabela 8 – Quantidade de dias de afastamento concedidos pelas licenças para tratamento de saúde dos/as servidores/as do IFAL, entre 2012 a 2016.....	97
Tabela 9 – Quantidade de dias de afastamento dos/as servidores/as para tratamento da saúde, entre 2012 a 2016, no IFAL.....	98
Tabela 10 – Licenças para tratamento de saúde dos/as servidores/as do IFAL, no período de 2012 a 2016, considerando os motivos (CID) das solicitações.....	100
Tabela 11 – Licenças para tratamento de saúde dos/as servidoras/es do IFAL, devido aos transtornos mentais e comportamentais, no período de 2012 a 2016.....	103

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEFET	Centro Federal de Educação Tecnológica de Alagoas
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CGU	Controladoria-Geral da União
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNST	Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores
COGSS	Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor
CREPOP	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
CSS	Coordenação de Saúde do Servidor
DGP	Diretoria de Gestão de Pessoas
ENASS	Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
GEISAT	Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFAL	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Alagoas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MDA	Ministério do Desenvolvimento Agrário
MEC	Ministério da Educação e da Cultura
MPDG	Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NOSS	Norma Operacional de Saúde do Servidor
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde

PASS	Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal
PIBIC	Projeto de Iniciação Científica
PF	Polícia Federal
PNSST	Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPSUS	Projeto de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PRF	Polícia Rodoviária Federal
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RJU	Regime Jurídico Único
SETEC	Secretaria de Educação Profissional e Tecnologia
SIAPE	Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SIPEC	Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal
SISOSP	Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal
SPM	Secretaria Especial de Políticas para Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TAE	Técnicos/as Administrativos/as em Educação
UFAL	Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
Modos de organização do trabalho e suas repercussões nas condições de vida e de saúde dos/as trabalhadores/as - construindo o objeto de estudo desta pesquisa	12
Estrutura da Dissertação	14
CAPÍTULO 1 - DA MEDICINA DO TRABALHO À SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A: ESTRUTURAÇÃO DE CAMPOS DE SABERES E PRÁTICAS.....	16
CAPÍTULO 2 - SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO DO/A SERVIDOR/A PÚBLICO/A FEDERAL: MARCOS LEGAIS E POLÍTICOS.....	30
CAPÍTULO 3 - POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO DO/A SERVIDOR/A PÚBLICO/A FEDERAL.....	42
3.1 - Perícia em saúde.....	44
3.2 - Vigilância e promoção à saúde.....	46
3.3 - Assistência à saúde.....	51
3.4 - Saúde mental.....	53
CAPÍTULO 4 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	60
4.1 – Construcionismo Social	60
4.2 – Práticas Discursivas e Produção de Sentidos	64
4.3 - Construção das informações.....	68
CAPÍTULO 5 - CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO DA PESQUISA: O INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS	71
CAPÍTULO 6 - SAÚDE E ADOECIMENTO NO IFAL.....	78
6.1 – Sexo/gênero.....	82
6.2 – Faixa etária.....	88
6.3 – Cargo ocupado.....	91
6.4 – Tempo de serviço	94
6.5 – Quantidade de dias de afastamento	96
6.6 – Motivos das licenças (CID)	99
CAPÍTULO 7 - SAÚDE MENTAL E TRABALHO NO IFAL.....	109
7.1 - Modos de organização do trabalho e sofrimento psíquico no contexto do IFAL ..	110
7.2 - Estigmas e construções sociais sobre saúde/adoecimento mental e sofrimento psíquico e sua relação com o trabalho	117
7.3 – Produção de saúde/adoecimento mental e sua relação com o trabalho	121
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
REFERÊNCIAS	134

INTRODUÇÃO

Nesse texto utilizo a primeira pessoa do singular para me referir a processos mais particulares – mas não individuais – e uso a conjugação verbal na primeira pessoa do plural para me referir aos momentos de construções coletivas. Esse trabalho foi construído a partir de diversos diálogos traçados ao longo da caminhada de mestrado – com grandes contribuições das discussões produzidas no grupo de pesquisa PROSA/UFAL – e está atravessado por muitas vozes. Na escrita dessa dissertação também adoto a linguagem inclusiva de gênero por compreendê-la como um ato ético e político.

Sharon Walker (2015) discute sobre a ética da escrita em primeira pessoa, a qual rompe com a noção de objetividade e neutralidade, abrindo possibilidades para a subjetividade, transparência e dialogicidade. A autora reflete que essa escrita pode ser considerada uma transgressão para alguém de visão positivista e aponta que o uso da primeira pessoa é um ato político, argumentando que a ocultação do “eu autoral” é uma estratégia que pode ser utilizada para tentar instituir verdades e para silenciar grupos marginalizados, por exemplo, as mulheres. Usar o “eu autoral” – ou não usá-lo – tem, portanto, implicações sociais e políticas.

Durante meu percurso como estudante de graduação em psicologia, me inseri em diversos espaços de discussões e práticas na saúde pública/coletiva. Participei de Projeto de Extensão, de Projetos de Iniciação Científica (PIBIC), de Projetos de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS) e de estágios voltados a esse campo de saberes e fazeres. Após graduada, continuei no contexto da saúde por meio da Residência Multiprofissional em Saúde e, posteriormente, assumi o cargo de psicóloga no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Alagoas (IFAL).

Atualmente, como psicóloga, faço parte da equipe de assistência estudantil de um dos Campus do IFAL, junto com profissionais da enfermagem, nutrição e serviço social. Dentre as atividades que desenvolvemos no âmbito da Política de Assistência Estudantil do IFAL, estão presentes ações voltadas à dimensão da saúde. As discussões relacionadas à saúde sempre me provocaram e sinto-me motivada a trabalhar com tais questões.

Em 2016, o IFAL aderiu à 6ª edição do Programa Pró-equidade de Gênero e Raça, da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM)¹ e ingressei no Comitê Pró-equidade de Gênero e Raça do Instituto, o qual tem como objetivo desenvolver as ações do Plano de Trabalho do Programa. A partir disto, comecei a me inserir em discussões voltadas às relações de trabalho e ao ambiente laboral. Durante as atividades desenvolvidas pelo Comitê – tais como: rodas de conversa e cursos de capacitação – os/as servidores/as do IFAL traziam relatos de como se sentem no trabalho, como suas especificidades e diversidade – sexual, de gênero, de raça/etnia, dentre outras – são acolhidas ou não pela instituição e como essas questões podem produzir sofrimento no trabalho. Durante as atividades promovidas pelo Comitê também começaram a emergir questões voltadas ao processo saúde-doença e sua relação com o trabalho.

Essas questões trazidas pelos/as servidores/as do IFAL começaram a chamar a minha atenção e levei essas inquietações para as conversas de orientação da pesquisa, com meu orientador. Então, começamos a refletir sobre como os processos e a organização do trabalho no contexto do IFAL repercutem nas condições de saúde dos/as trabalhadores/as. A partir disto situamos o campo-tema da pesquisa (P. SPINK, 2004). A noção de campo-tema será discutida no capítulo que trata do referencial teórico-metodológico. Entretanto, não definimos campo como um lugar delimitado, separado e distante, mas sim, compreendido como o argumento no qual, como pesquisadora, estou inserida, que tem múltiplas faces e materialidades, situadas em diversos lugares.

Algumas problematizações nortearam o delineamento da pesquisa: quais as relações que são estabelecidas entre saúde-doença e trabalho no contexto do IFAL? Como são construídos e caracterizados os processos e os modos de organização do trabalho no IFAL? Quais as políticas que regulamentam as ações de atenção à saúde para os/as servidores/as do IFAL? Como estão se dando as ações voltadas à atenção à saúde do/a trabalhador/a no IFAL?

A partir dessas problematizações, nessa pesquisa, objectivei refletir sobre a relação entre processos e modos de organização de trabalho e adoecimento no contexto do IFAL. Para tal almejei: identificar e avaliar os dados referentes às concessões de licenças para tratamento de saúde dos/as servidores/as do IFAL; identificar e refletir sobre as ações de saúde voltadas aos/às trabalhadores/as do IFAL; e problematizar a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do/a Servidor/a Público/a Federal. O percurso

¹ Na época vinculada ao extinto Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Atualmente, está vinculada ao Ministério da Justiça.

metodológico foi construído ao longo da caminhada de produção da pesquisa, tendo como referencial teórico-metodológico as práticas discursivas e produção de sentidos, fundamentando-se na perspectiva do construcionismo social.

Modos de organização do trabalho e suas repercussões nas condições de vida e de saúde dos/as trabalhadores/as - construindo o objeto de estudo desta pesquisa

As configurações do campo do trabalho foram se modificando, acompanhando as transformações sociais, culturais e econômicas de cada sociedade. O trabalho foi se constituindo de maneiras distintas ao longo dos tempos, assumindo diferentes características e legitimando diversos lugares sociais e políticos. O trabalho assume portanto o caráter de “produtor de uma realidade social”, ao mesmo tempo em que é “produzido por distintos contextos sociais”.

De acordo com Araújo e Sachuk (2007), a história da humanidade é atravessada por diversas configurações de trabalho, desde os caçadores paleolíticos na era pré-histórica – considerada pelos/as historiadores/as como o período em que surgiu a espécie humana – passando pelos/as artesãos/artesãs medievais, pela classe operária da linha de montagem até o período contemporâneo caracterizado pelas novas tecnologias e pelo trabalho informatizado. Segundo Alvin Toffler (1980) a humanidade passou por três grandes ondas que representaram grandes modificações em torno do trabalho. A primeira onda está relacionada à revolução agrícola, a segunda diz respeito ao desenvolvimento industrial e a terceira onda de mudanças é representada pelos avanços tecnológicos. O autor pontua que os diferentes modos de organização do trabalho e os distintos modos de produção contribuem para a estruturação das sociedades, interferindo nos modos de ser e de viver.

Segundo Bittar (1997) os valores capitalistas – baseados no sucesso, na produtividade e no lucro – identificados com a industrialização permitiram o desenho das tarefas, a criação de uma estrutura e o estabelecimento de regras e condições necessárias para a institucionalização do trabalho no processo produtivo. Para Araújo e Sachuk (2007) nesse período existia “a glorificação do trabalho, fundamentada na crença de que a produção em massa implicava avanço qualitativo para a sociedade, representando progresso” (p. 59). Essa concepção fez com que o trabalho adquirisse elevada centralidade na vida das pessoas.

Araújo e Sachuk (2007) pontuam que outras grandes transformações nos modos de organização do trabalho ocorreram na metade do século XX e foram possíveis devido à globalização dos mercados, o surgimento de novas tecnologias – principalmente a informática – e de modelos de gestão, assim como, devido aos movimentos sociais e culturais ocorridos. As autoras destacam ainda que talvez, atualmente, estejamos vivendo a Revolução Digital, caracterizada pela “sociedade em rede”.

Essas modificações apresentadas não repercutem apenas nos modos de produção, mas também nos modos de ser e de viver de toda a sociedade e, principalmente, da classe trabalhadora. Vale também refletir acerca das permanências e rupturas ocorridas, considerando os modos de organização do trabalho na contemporaneidade.

Atualmente, o trabalho tem um lugar de centralidade em nossa sociedade. Podemos observar, por exemplo, que é comum sermos identificados/as pela nossa formação profissional ou atividade laboral que desenvolvemos. Assim como, se não possuímos formação profissional ou se não exercemos alguma atividade laboral – seja no mercado formal ou informal – podemos ser considerados/as como improdutivos/as ou preguiçosos/as. Ou seja, a partir da nossa relação com o trabalho somos posicionados/as e identificados/as – ao mesmo tempo em que nos posicionamos e nos identificamos – baseando-nos em concepções que são construídas socialmente.

Vale pontuar que a palavra “trabalho” deriva do latim “tripaliari” que significa “castigar com tripalium”, o qual era um instrumento de tortura utilizado na Roma Antiga (ARAÚJO; SACHUK, 2007). Apesar da etimologia da palavra, os sentidos construídos por cada trabalhador/a sobre sua inserção no contexto laboral e acerca do seu processo de trabalho podem ser diversos e ao mesmo tempo singulares. O trabalho pode ser fonte de realização, de prazer e de satisfação. Pode ser o meio pelo qual uma pessoa garante seu sustento, podendo gerar um sentimento de independência financeira ou representar obrigatoriedade, pois “trabalha-se para viver”. O trabalho pode ser uma forma de inserção social, mas também pode ser desencadeador de sofrimento e/ou adoecimento.

A inserção – ou não – no “mundo do trabalho” repercute nas condições de saúde e de vida das pessoas, refletindo no acesso a bens e serviços e na qualidade de vida. Para Christophe Dejours (1987) o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, podendo ser fonte de prazer e, portanto, contribuir para a promoção da saúde; ou, por sua vez, ser desencadeador de sofrimento, podendo contribuir para o processo de adoecimento. O autor também pontua que os modos como o trabalho é organizado interferem na relação que o/a trabalhador/a irá estabelecer com seu processo de trabalho. Assim, de acordo com

os estudos de Dejours, os modos de organização do trabalho podem estar diretamente relacionados com o processo saúde-adoecimento vivenciado pelo trabalhador/a.

Os modos de viver e o processo saúde-doença dos/as trabalhadores/as são compartilhados com o conjunto da população, em um dado tempo, lugar e inserção social, mas que também é específico, por ser resultante da inserção num contexto particular de trabalho. Essas questões serão abordadas nessa dissertação, situando no âmbito do serviço público e, mais especificamente, do IFAL. Assim como, também serão discutidas as ações institucionais e as políticas voltadas para a atenção à saúde dos/as servidores/as.

Estrutura da Dissertação

Essa dissertação está estruturada em sete capítulos. No primeiro capítulo dialogamos sobre a constituição de saberes e práticas voltadas ao processo saúde-doença e sua relação com o trabalho, fazendo um percurso a partir da Medicina do Trabalho, passando pela Saúde Ocupacional e chegando na instauração da Saúde do/a Trabalhador/a. Serão abordadas as condições de possibilidades que contribuíram para a constituição de cada uma dessas áreas, situando os contextos históricos, sociais e políticos em que foram sendo construídas.

No segundo capítulo abordamos os marcos históricos, legais e políticos que contribuíram para produção de políticas voltadas à saúde no âmbito laboral e, mais especificamente, dos/as servidores/as públicos/as federais, os/as quais são o foco dessa pesquisa. No terceiro capítulo discutimos a Política de Atenção à Saúde do/a Servidor/a Público/a Federal (PASS), a partir da apresentação dos seus objetivos e eixos de atuação. No quarto capítulo apresentamos o Instituto Federal de Alagoas, o qual configura-se como o contexto focalizado pela pesquisa.

No quinto capítulo discutimos o referencial teórico-metodológico que fundamenta a construção dessa pesquisa, assim como, o percurso realizado para a produção das informações. No sexto capítulo discutimos a saúde e o adoecimento dos/as servidores/as do IFAL. E no sétimo e último capítulo refletimos sobre a relação entre saúde-adoecimento mental e trabalho no contexto do IFAL, traçando um diálogo com os estudos de Christophe Dejours.

Essa pesquisa não tem como pretensão a formulação de “verdades universais”, entretanto, temos como objetivo promover problematizações e provocações que possam

possibilitar a abertura de diálogos e reflexões sobre as relações que são estabelecidas entre saúde-doença e trabalho.

CAPÍTULO 1 - DA MEDICINA DO TRABALHO À SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A: ESTRUTURAÇÃO DE CAMPOS DE SABERES E PRÁTICAS

O trabalho tornou-se central para a estruturação das sociedades e legitimou, ao longo dos tempos, definição de lugares sociais e políticos (BIZARRIA et. al., 2016). A Revolução Industrial, no século XVIII, proporcionou modificações nos modos de produção e, conseqüentemente, no trabalho e na vida das pessoas. Nesse contexto, o trabalho era caracterizado pela submissão dos trabalhadores/as, com jornadas intensas, condições precárias e desumanas dos espaços laborais e a exploração da força de trabalho, inclusive de mulheres gestantes e crianças, de classe social economicamente desfavorecida. Observava-se também a aglomeração humana em espaços insalubres, permitindo a acelerada proliferação de doenças infecto-contagiosas, assim como, a periculosidade das máquinas que ocasionavam mutilações e mortes. (MENDES; DIAS, 1991). Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997):

Com o advento da Revolução Industrial, o trabalhador “livre” para vender sua força de trabalho tornou-se presa da máquina, de seus ritmos, dos ditames da produção que atendiam à necessidade de acumulação rápida de capital e de máximo aproveitamento dos equipamentos, antes de se tornarem obsoletos (p.22).

Christophe Dejours (1987) afirma que somada às péssimas condições de trabalho, a classe operária era remunerada com salários muito baixos que eram insuficientes para garantir as necessidades básicas do/a trabalhador/a e de sua família, o que repercutia nas condições de vida dessas pessoas. De acordo com o autor: “esgotamento físico, acidentes de trabalho e subalimentação criam condições de uma alta morbidade, de uma alta mortalidade e de uma longevidade formidavelmente reduzida. (...) A luta pela saúde, nesta época, identifica-se com a luta pela sobrevivência” (p. 14).

Nessa conjuntura, emergiu a Medicina do Trabalho, como uma especialidade médica na Inglaterra. Para Mendes e Dias (1991), a Medicina do Trabalho chega às indústrias e fábricas quando “o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob a pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo” (p. 341). A partir disso, o Estado passou a oferecer serviços médicos nestas instituições.

Em 1919, foi criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT) como parte do Tratado de Versalhes, que pôs fim à Primeira Guerra Mundial, e teve o Brasil como um dos membros fundadores. A OIT tem como objetivo formular e aplicar normas internacionais do trabalho, por meio de convenções e recomendações. Na primeira Conferência Internacional do Trabalho, realizada no ano de sua fundação, a OIT respondeu às principais reivindicações do movimento sindical e operário do final do século XIX e começo do século XX: limitação da jornada de trabalho a 8 horas diárias e 48 horas semanais, definição da idade mínima de 14 anos para o trabalho na indústria, proteção à maternidade e proibição do trabalho noturno de mulheres e menores de 18 anos.

Em 1953, por meio da Recomendação 97 sobre a "Proteção da Saúde dos Trabalhadores", a Conferência Internacional do Trabalho sugeria aos Estados Membros da OIT que promovessem a formação de médicos/as do trabalho e fomentassem a organização de "Serviços de Medicina do Trabalho". Foi nesse contexto que a OIT reconheceu a Medicina do Trabalho como possibilidade de especialidade e qualificação profissional no atendimento às demandas de saúde das fábricas e indústrias. A Medicina do Trabalho foi consolidando-se com o incentivo da OIT e como serviço Estatal (MENDES; DIAS, 1991).

Para Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), a Medicina do Trabalho foi construindo sua prática fundamentando-se em aspectos individuais dos/as trabalhadores/as e “no espaço restrito da fábrica, numa relação unívoca e unicausal, buscando-se as causas das doenças e acidentes” (p.22). Nessa perspectiva concebia-se que era necessário isolar os riscos específicos, intervindo sobre suas consequências e medicalizando os sinais e sintomas. Fernanda Zanin et al. (2015) destacam que as relações saúde e trabalho, na Medicina do Trabalho, foram sendo abordadas sob o enfoque biologicista. O corpo do/a trabalhador/a era compreendido como um objeto de intervenção, no qual buscava-se “resolver as avarias para devolvê-lo ao processo produtivo” (p. 88).

A Medicina do Trabalho focava-se nos riscos do trabalho (físicos, químicos, biológicos e mecânicos) e na ação curativa centralizada no modelo médico. Assim, não havia uma ampla abordagem do processo saúde-doença e trabalho (SILVA, 2013). Os serviços eram centrados na figura do médico e a prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho deveria ser tarefa eminentemente médica (MENDES; DIAS, 1991).

A Medicina do Trabalho também começou a se inserir nos processos de recrutamento e seleção de trabalhadores/as, definindo quais estariam aptos/as ou inaptos/as para o desempenho de determinadas funções. Mendes e Dias (1991) afirmam, em relação à Medicina do Trabalho, que:

Faz parte de sua razão de ser a tarefa de cuidar da "adaptação física e mental dos trabalhadores", supostamente contribuindo na colocação destes em lugares ou tarefas correspondentes às aptidões. A "adequação do trabalho ao trabalhador", limitada à intervenção médica, restringe-se à seleção de candidatos a emprego e à tentativa de adaptar os trabalhadores às suas condições de trabalho, através de atividades educativas (p. 342).

Esses processos eram baseados numa visão focada apenas no aspecto biológico e a seleção não era fundamentada somente nas “aptidões”, mas concebia-se que pessoas consideradas saudáveis teriam menos problemas com o absenteísmo, interrupção da produção e gastos com obrigações sociais. Segundo Henrique Nardi (2011):

(...) o trabalhador era obrigado a passar pelo crivo e julgamento de sua aptidão ou incapacidade para o trabalho. Essa é uma exigência legal para ter acesso aos postos de trabalho e se constitui na tarefa principal do médico, ou seja, ser o “juiz” dos mais aptos, para que a produção seja a mais saudável (p. 327)

De acordo com Francisco Lacaz (1997) para manter um quadro funcional composto por “pessoas saudáveis” os/as profissionais médicos/as inseridos/as nesses serviços manipulavam exames, demitiam pessoas acometidas por patologias e negavam a admissão. Nesse sentido, a Medicina do Trabalho amparava-se num modelo de controle da força de trabalho que sustentava a lógica da produtividade e do lucro, pois o/a trabalhador/a doente não correspondia aos interesses das instituições (BIZARRIA et. al., 2016; MENDES; WUNSCH, 2007).

Outras áreas de conhecimento foram participando das discussões voltadas para as questões de saúde no âmbito laboral e alguns pressupostos da Medicina do Trabalho foram sendo questionados. Posteriormente, surgiram outros campos de saber que tinham como proposta de intervenção o/a trabalhador/a e os ambientes de trabalho. Nesse contexto surgiu a Saúde Ocupacional, a qual tinha como objeto de estudo e de intervenção o ambiente, com abordagens multi e interdisciplinares; assim, diferenciando-se da Medicina do Trabalho, centrada na atuação médica (MENDES; DIAS, 1991; ZANIN et. al., 2015).

A Saúde Ocupacional constituiu-se com a proposta de atuação multiprofissional e de intervenção nos locais de trabalho, com a finalidade de controlar os riscos ambientais.

De acordo com Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), esse modelo de atuação emerge relacionando ambiente de trabalho-corpo do/a trabalhador/a, incorporando “a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito” (p. 23). Segundo Lacaz (2007), a Saúde Ocupacional incorporou “práticas e conhecimentos da clínica, medicina preventiva e epidemiologia clássica, mediante a história natural da doença para a análise das doenças e acidentes do trabalho mediante a tríade agente-hospedeiro-ambiente” (p. 758). A Saúde Ocupacional se utilizou de conceitos da Medicina Preventiva, tais como, prevenção, proteção, riscos e adaptação.

A Saúde Ocupacional, enquanto campo de saberes e práticas, é alvo de algumas críticas; uma delas diz respeito à naturalização dos agentes/riscos sem uma contextualização de sua origem social e histórica. Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) afirmam que ao se estabelecer “articulações simplificadas entre causa e efeito, numa perspectiva uni ou multicausal, desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde/doença” (p.27). Assim, estabelece-se uma perspectiva reducionista da relação saúde-doença e trabalho. Lacaz (2007) pontua que na Saúde Ocupacional “o paradigma da causalidade dos agravos à saúde dá-se pela precedência das condições de trabalho, numa visão a-histórica e descontextualizada das relações econômicas, político-ideológicas e sociais que influem nos nexos entre trabalho e saúde-doença” (p. 759).

Outra crítica dirigida à Saúde Ocupacional refere-se ao fato de que, apesar de propor a abordagem da dimensão coletiva dos/as trabalhadores/as, continuou a abordá-los/as como "objeto" das ações de saúde, desenvolvendo ações individualizadas e pontuais. Para Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997):

As medidas que deveriam assegurar a saúde do trabalhador, em seu sentido mais amplo, acabam por restringir-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes. Enfatiza-se a utilização de equipamentos de proteção individual, em detrimento dos que poderiam significar a proteção coletiva; normatizam-se formas de trabalhar consideradas seguras, o que, em determinadas circunstâncias, conforma apenas um quadro de prevenção simbólica. Assumida essa perspectiva, são imputados aos trabalhadores os ônus por acidentes e doenças, concebidos como decorrentes da ignorância e da negligência, caracterizando uma dupla penalização (p.23).

Sobre esse aspecto, Lacaz (2007) ressalta que:

A abordagem das relações trabalho e saúde-doença parte da ideia cartesiana do corpo como máquina, o qual expõe-se a agentes/fatores de risco. Assim, as consequências do trabalho para a saúde são resultado da interação do corpo (hospedeiro) com agentes/fatores

(físicos, químicos, biológicos, mecânicos), existentes no meio (ambiente) de trabalho, que mantêm uma relação de externalidade aos trabalhadores. O trabalho é apreendido pelas características empiricamente detectáveis mediante instrumentos das ciências físicas e biológicas. Aqui os “limites de tolerância” e “limites biológicos de exposição”, emprestados da higiene industrial e toxicologia, balizam a intervenção na realidade laboral, buscando “adaptar” ambiente e condições de trabalho a parâmetros preconizados para a média dos trabalhadores normais quanto à suscetibilidade individual aos agentes/fatores. Em consequência dessa compreensão, o controle da saúde preconizado pela Saúde Ocupacional resume-se à estratégia de adequar o ambiente de trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho (p. 759).

Nessa perspectiva, não há possibilidade da Saúde Ocupacional considerar outros fatores que escapem à essa relação agente/fatores de risco – presentes no ambiente – e corpo do/a trabalhador/a. Assim, há um enfoque “prevencionista”, centrado nos “riscos” tomados numa relação unívoca, sem considerar a promoção à saúde (MENDES; WUNSCH, 2007). Também são desconsiderados os modos de organização e os processos de trabalho, tais como: o ritmo; a duração da jornada; o trabalho em turnos; a hierarquia; a fragmentação/conteúdo das tarefas e o controle da produtividade; os quais estão presentes na relação saúde-doença e trabalho. A abordagem centrada na prevenção e eliminação dos riscos não leva em conta a subjetividade da pessoa trabalhadora. Sobre esse aspecto Lacaz (2007) destaca que:

A Saúde Ocupacional pouco tem para contribuir, já que atua sobre indivíduos, privilegiando o diagnóstico e o tratamento dos problemas de natureza orgânica, a partir da visão empirista e positivista trazida da clínica. Aqui caberá pouco espaço para a subjetividade do trabalhador, tomado como paciente e objeto da técnica, estreitando a possibilidade de apreensão das formas de adoecimento no trabalho na contemporaneidade, cuja causalidade cada vez mais complexa, envolve a organização do trabalho e sua relação com a subjetividade dos coletivos de trabalhadores (p. 759).

Lacaz (2007) também reflete que a Saúde Ocupacional reproduziu um modelo de atenção à saúde sustentado em relações de poder, no qual o/a profissional de saúde era o/a detentor/a do conhecimento sobre a saúde da pessoa trabalhadora. Nessa perspectiva, a atuação almejava o controle sobre o trabalho e o/a trabalhador/a. O autor afirma que isso se configura numa relação de “alienação” do/a trabalhador/a, “alienação esta derivada da informação restrita e da atuação autoritária dos profissionais de saúde no trabalho ou fora dele” (p. 758).

Nas décadas de 1960 e 1970 o cenário político no mundo e no Brasil foi caracterizado por diversos movimentos sociais e políticos que foram ganhando força. No final dos anos 1970, houve intensa mobilização dos movimentos sociais, que a nível mundial tiveram como referência os acontecimentos de Maio de 68², com importantes exemplos de solidariedade de classe e de crítica ao poder legitimado na ciência, os quais reverberaram nas mais variadas áreas, inclusive na luta pela saúde. No Brasil, no final da década de 70, a Ditadura Militar³ já dava sinais de esgotamento e os movimentos sindicais iam se fortalecendo (LACAZ, 1997).

Nesse contexto social e político, os movimentos sindicais, em diversos países, passaram a fiscalizar os ambientes de trabalho e promoveram discussões sobre o modelo de sociedade vigente, o significado e a satisfação no trabalho e as relações sociais de produção. Os movimentos sindicais e os movimentos sociais inseriram-se nas questões voltadas à saúde do/a trabalhador/a e reivindicaram ações que superassem o modelo médico de assistência à saúde. Esses debates conseguiram ampliar as reflexões para além dos ambientes – particulares – de atividades laborais e envolveram as questões sociais e políticas relacionadas ao trabalho (LACAZ, 2007; SILVA, 2013). De acordo com Elsa Andrade et al. (2012), os movimentos sindicais e operários recolocaram “a centralidade do trabalhador no processo de trabalho e contribuiu para a construção de um novo conceito para a saúde no trabalho” (p. 140).

Mendes e Dias (1991) pontuam que como resposta ao movimento social e dos/as trabalhadores/as, em diversos países, foram sendo constituídas novas políticas sociais que foram sendo materializadas em forma de lei e que inseriram significativas mudanças na legislação do trabalho e, especialmente, nos aspectos relacionados à saúde e à segurança do/a trabalhador/a. Os autores trazem como exemplo a Lei 300, de 20 de maio de 1970, instituída na Itália, mais conhecida como "Estatuto dos Trabalhadores", a qual contemplou diversas reivindicações do movimento de trabalhadores/as, tais como, a validação do saber dos/as trabalhadores/as e a melhoria das condições e dos ambientes de trabalho.

² O movimento conhecido como Maio de 68 ocorreu na França, iniciado por estudantes que reivindicavam o fim de posturas conservadoras. O movimento se expandiu em sua pauta de luta, abrangendo outras reivindicações, dentre elas a renúncia do presidente Charles de Gaulle e a convocação de eleições gerais. Em seguida, a classe trabalhadora protagonizou uma greve com a participação de mais de 10 milhões de trabalhadores/as que exigiam melhores condições de trabalho.

³ A Ditadura Militar brasileira caracterizou-se como o regime instaurado em 1º de abril de 1964, com o golpe militar que destituiu João Goulart (presidente democraticamente eleito) e que durou 21 anos, sob o comando de sucessivos governos militares de caráter autoritário e nacionalista.

O movimento operário italiano foi precursor e influenciou os movimentos operários e sindicais em diversos países, a exemplo do Brasil. A partir do final dos anos 1970, os sindicatos brasileiros – principalmente os ligados à classe operária industrial – ampliaram o foco das reivindicações, antes centradas nos adicionais de insalubridade e na “monetização do risco”, e passaram a inserir na pauta de luta a melhoria das condições de vida e de trabalho, a defesa da saúde e o reconhecimento do saber/poder da classe trabalhadora sobre seu processo de trabalho e sobre sua saúde. A “bandeira” levantada pelos movimentos sindicais brasileiros nesse contexto foi “Saúde não se troca por dinheiro” (MENDES E DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; MINAYO-GOMEZ E LACAZ, 2005; LACAZ, 2007).

Segundo Lacaz (1994), nesse panorama, destacava-se “o processo de acumulação de forças que a partir do final dos anos 1970, o Movimento Sindical passa a protagonizar quando, de maneira explícita, assume como campo de luta, a questão das relações entre trabalho e saúde” (p. 42). O autor também afirma que houve a articulação de alguns movimentos sindicais no Brasil com grupos de estudos e pesquisas de universidades, o que contribuiu para produção de conhecimento – com implicação ética e política – sobre a temática.

A Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional pareciam não conseguir mais responder às demandas surgidas nesses contextos sociais e políticos. A partir disto, criam-se condições de possibilidades para a construção da Saúde do/a Trabalhador/a como campo de saberes e práticas, rompendo com modelos individualizantes e contemplando os determinantes sociais do processo saúde-doença (BIZARRIA et. al., 2016). A Saúde do/a Trabalhador/a foi configurando-se como um novo paradigma, incorporando alguns referenciais das Ciências Sociais, os quais deram subsídios para refletir sobre as relações entre processo de trabalho e processo saúde-doença; sociedade/classes sociais e saúde. O conceito de “processo de trabalho”, extraído da economia política, na sua acepção marxista, contribui para a compreensão do desgaste dos/as trabalhadores/as nos processos produtivos; assim como, permite contemplar a subjetividade da pessoa trabalhadora na relação saúde-doença e trabalho (MENDES; WUNSCH, 2007). No Brasil, a Saúde Coletiva teve contribuição importante para a formulação do conceito de Saúde do/a Trabalhador/a e para construção de seu campo de atuação (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Lacaz (2007) afirma que:

A Saúde do Trabalhador é campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença,

tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais. Ao contrapor-se aos conhecimentos e práticas da Saúde Ocupacional, objetiva superá-los, identificando-se a partir de conceitos originários de um feixe de discursos dispersos formulados pela Medicina Social Latino-Americana, relativos à determinação social do processo saúde-doença; pela Saúde Pública em sua vertente programática e pela Saúde Coletiva ao abordar o sofrer, adoecer, morrer das classes e grupos sociais inseridos em processos produtivos (p. 757-758).

Nardi (2011) conceitua o termo “saúde do/a trabalhador/a” como o conjunto de conhecimentos provenientes de diversas disciplinas – como a Saúde Coletiva, Medicina Social e Ciências Sociais – que junto com o saber dos/as trabalhadores/as acerca de seu ambiente de trabalho e suas vivências, constitui uma nova concepção em torno das relações entre saúde e trabalho e propõe uma nova abordagem de atenção à saúde da pessoa trabalhadora e de práticas nos contextos laborais.

Segundo Andrade et al. (2012), a Saúde do/a Trabalhador/a tem como uma de suas principais características o protagonismo dos/as trabalhadores/as na sua produção de saúde e na transformação do seu processo de trabalho, considerando que ele/a “detém o conhecimento, ou podemos dizer, o saber do processo de trabalho e do impacto do trabalho em sua saúde e, portanto em sua vida” (p. 141). De acordo com Fabiana Bizarria et. al. (2016), o campo da saúde do/a trabalhador/a se diferencia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, uma vez que promove a participação de diversos/as atores/atrizes sociais nos processos de intervenção, planejando as ações e contribuindo com seu conhecimento. Para os autores “esta ampliação do protagonismo social em relação aos temas de saúde produz sujeitos menos alienados às suas condições de vida e mais cientes do seu potencial transformador” (p.13).

Na Medicina do Trabalho e na Saúde Ocupacional o/a trabalhador/a era concebido/a como uma figura passiva, como hospedeiro/a ou paciente. Na perspectiva da abordagem da Saúde do/a Trabalhador/a, a classe trabalhadora constitui-se em suas dimensões sociais e políticas, é agente de mudanças e contribui com seus saberes e vivências sobre seu trabalho, compartilhadas coletivamente. Nesse contexto, o/a trabalhador/a configura-se como um ator/atriz que pode intervir e transformar a realidade de trabalho, participando da definição consensual de prioridades de intervenção e da elaboração de estratégias que promovam modificações necessárias nos processos e ambientes de trabalho. Para Lacaz (2007) constrói-se:

a percepção do trabalhador como dono de um saber e como sujeito coletivo inserido no processo produtivo, agora visto não apenas como mero consumidor de serviços de saúde, de condutas, de prescrições, e a compreensão de que o processo de trabalho é danoso à saúde, ultrapassando o horizonte de visão da Saúde Ocupacional, o que aponta outras determinações para o sofrimento, o mal-estar e a doença, relacionados às relações sociais que se estabelecem nos processos de trabalho (p. 761).

A abordagem dos processos de trabalho possibilita construir estratégias de modificações necessárias a serem implementadas nos locais e ambientes de trabalho, visando a melhoria das condições de trabalho e saúde. Nessa perspectiva consideram-se as relações sociais presentes nos processos produtivos e a subjetividade da pessoa trabalhadora, rompendo com as concepções e práticas hegemônicas da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, as quais centram-se em articulações simplificadas de causa e efeito (MINAYO-GOMEZ E LACAZ, 2005).

A Saúde do/a Trabalhador/a ampliou o enfoque fundamentando-se em teorias e práticas que privilegiam a integralidade de ações de prevenção de agravos e promoção à saúde e que incorporaram o saber/poder dos/as trabalhadores/as na luta e na busca de soluções para melhoria das condições de vida e de trabalho e em defesa da saúde (LACAZ, 2007). Mendes e Dias (1991) destacam que:

O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão deste processo – como e porque ocorre - e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho (p. 347).

Os autores refletem ainda que o campo da saúde do/a trabalhador/a compreende o trabalho como o espaço de dominação e submissão do/a trabalhador/a, mas, concomitantemente, de resistência e de constituição. Nesse processo os/as trabalhadores/as são atores/atrizes capazes de pensar e de se pensarem, construindo sua própria experiência, compreendendo como se inserem na relação saúde-doença e trabalho. Segundo Maria da Conceição Silva (2013) a saúde do/a trabalhador/a “se mostra como um tema privilegiado para a construção de um novo modo de entender e analisar a saúde-doença coletiva desse grupo, enquanto um processo social” (p. 55). Para a autora é necessário compreender e explorar a relação saúde-doença e trabalho enquanto processo social.

Silva (2013) pontua também que os conceitos de saúde e doença não são neutros. Assim, compreender o processo saúde-doença e sua relação com o trabalho “não passa

necessariamente por uma mudança do olhar da medicina para as ciências sociais, mas requer uma visão ampliada em relação à complexidade do processo trabalho-saúde da totalidade contida nas relações sociais” (p. 61). A autora afirma que a análise dos riscos (físicos, químicos, biológicos e mecânicos) inerentes aos processos produtivos e ao espaço delimitado do trabalho é insuficiente e parcial. Reduzir a atuação em medidas de higiene e segurança não dá conta da totalidade do processo saúde-doença e sua relação com o trabalho. A autora aponta ainda que considerar a saúde do/a trabalhador/a em sua dimensão social é reconhecer a historicidade da pessoa trabalhadora enquanto construtora da produção social e da sua vida, compreendendo também os determinantes sociais de saúde e as condições coletivas de vida.

Não bastam apenas ações focadas na medicina do trabalho, voltadas ao controle dos riscos, mas de políticas sociais que possibilitem a melhoria nas condições de trabalho e que reduzam os danos à saúde; condições socioeconômicas que tragam melhor padrão de vida; e ações de saúde que contribuam para a promoção e prevenção de danos e desgastes do trabalhador (SILVA, 2013, p. 66).

Para Andrade et al. (2012) “o entendimento do trabalho e da saúde no contexto da vida estabelece um olhar particular ao objeto central da saúde do trabalhador, definido pela relação entre o processo de trabalho e a saúde inserida no cotidiano, para além das relações de emprego” (p. 144). Dias (1996, apud MENDES; WUNSCH, 2007) afirma que “os trabalhadores apresentam um viver, adoecer e morrer compartilhado com o conjunto da população, em um dado tempo, lugar e inserção social, mas que é também específico, resultante de sua inserção em um processo de trabalho particular” (p.28). Assim, é necessário que as práticas com enfoque na relação saúde e trabalho considerem a pessoa trabalhadora considerando o contexto social, histórico e econômico no qual ela está inserida, compreendendo os determinantes sociais de saúde e rompendo com a lógica individualizante de atenção à saúde.

Jussara Mendes e Dolores Wunsch (2007) indicam que o campo da saúde do/a trabalhador/a busca sair do reducionismo biológico e inclui a dimensão social no processo saúde-doença. Portanto, a dinâmica da produção, as condições de trabalho e o modo de vida são fatores importantes para a compreensão da saúde, adoecimento e morte da classe trabalhadora. As autoras ressaltam que:

a doença, a saúde e a morte não se reduzem a evidências “orgânicas”, “naturais”, “objetivas”; elas estão intimamente inter-relacionadas com características de cada sociedade. Expõem

pontos reveladores, como o fato de a doença ser socialmente construída (p. 156).

Mendes e Wunsch (2007) pontuam ainda que:

Se reconhecermos que a saúde e a doença se definem como um processo dinâmico, expresso no corpo, no trabalho, nas condições de vida, nas dores, no prazer e no sofrimento, enfim, em tudo que compõe uma história singular, mas também coletiva, pela influência das múltiplas lógicas inscritas nesse processo, estaremos caminhando para uma concepção ampliada de saúde do trabalhador (p. 158).

A saúde do/a trabalhador/a, como campo de saberes e de práticas, também tem provocado discussões críticas em torno das dicotomias: individual x coletivo, biológico x social, técnico x político, do particular x geral, compreendendo a integração e inter-relação dessas dimensões (MENDES; DIAS, 1991).

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) conceituam Saúde do/a Trabalhador/a como “um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum” (p. 25). Neste sentido, a saúde do/a trabalhador/a é compreendida como uma ação intersetorial que convida ao diálogo diversos setores da sociedade: saúde, previdência social, educação, trabalho e emprego, meio ambiente, dentre outros. Assim como, objetiva a compreensão do processo saúde-doença nos contextos de trabalho, visando ações de prevenção de agravos, promoção e assistência à saúde. Propõe-se que tais ações sejam executadas de forma articulada visando o alcance da saúde integral do/a trabalhador/a, por meio de uma abordagem interdisciplinar e intersetorial (CFP, 2008; MARTINS et. al., 2017).

Destaca-se que essas intervenções não são dirigidas apenas aos/as trabalhadores/as que sofrem, se acidentam ou adoecem, mas ao coletivo de trabalhadores/as. Tal aspecto diferencia o modelo teórico-prático da Saúde do/a Trabalhador/a da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, as quais centram-se na doença e nos riscos, e não na saúde. Ao deslocar o olhar da doença para a saúde, ampliam-se as possibilidades de atuação, antes focadas apenas na prevenção, passando a integrar ações de promoção à saúde. Nessa perspectiva, o olhar não é dirigido apenas ao ambiente, mas também ao/a trabalhador/a. Ressalta-se, contudo, que não se pretende afirmar que não é importante a prevenção dos agravos, senão pontuar que tal ação tem que estar articulada com a promoção e assistência à saúde. Assim como, indicar que, mesmo com

a presença de doenças, pode-se promover saúde, pois concebe-se que saúde não é ausência de doenças (MENDES; WUNSCH, 2007).

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP)⁴, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), publicou, em 2008, o documento “Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do(a) psicólogo(a): compromissos teóricos, éticos e políticos”. Nesta publicação, afirma-se que a Saúde do/a Trabalhador/a:

(...) desenvolve-se como uma crítica à concepção e prática da Saúde Ocupacional e da Medicina do Trabalho, criadas para operar como ferramentas de gestão da força de trabalho, com vistas à busca de eficiência, produtividade e lucratividade e com a tendência de restringir seus objetos de atuação às condições do ambiente de trabalho (de natureza física, química, biológica e mecânica), às doenças ocupacionais e aos acidentes de trabalho (p. 18).

A Saúde do/a Trabalhador/a rompe com o reducionismo das explicações que permeiam o adoecer no âmbito laboral e inclui abordagens mais amplas de atenção à saúde, buscando também compreender a forma na qual a pessoa trabalhadora se insere no processo produtivo, contemplando as condições, a organização e a divisão do trabalho. Propõem-se atuações para além da reabilitação para o trabalho e para além da expressão da doença. Também indica-se que “é preciso reconhecer a subjetividade no trabalho, o significado que os trabalhadores atribuem a determinadas situações, o modo como cada um reage a partir da sua história de vida, de seus valores, de suas crenças” (CFP, 2008, p. 28)

Apresentarei abaixo um quadro que permite a visualização das características principais das perspectivas teóricas e práticas discutidas: Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do/a Trabalhador/a. Ressalto que o surgimento de um campo teórico-prático não extingue o outro, no entanto, até os dias de hoje há diversidade de práticas as quais baseiam-se nessas diferentes concepções da relação saúde-doença e trabalho. Assim como, observa-se que algumas atuações que se denominam de “Saúde

⁴ O CREPOP foi criado em 2005 e tem como objetivo conhecer e organizar as diversas experiências de psicólogos/as inseridos/as no campo das práticas em políticas públicas. Os documentos de referências são elaborados de forma coletiva, envolvendo pesquisadores/as da área em questão e profissionais que atuam nos cenários de práticas. Os documentos não visam o estabelecimento de normas rígidas ou modelos fixos, no entanto, têm como proposta difundir conhecimentos e informações que subsidiem inúmeras possibilidades de atuação com implicação ética e política.

do/a Trabalhador/a” ainda conservam propriedades do campo da Medicina do Trabalho e/ou Saúde Ocupacional.

Quadro 1 – Características dos campos teórico-práticos que abordam a relação saúde-doença e trabalho.

Campo da saúde	Ação principal	Caráter principal	Determinantes do processo	Centralidade e desenvolvimento das ações	Usuário/a
Medicina do Trabalho	Tratamento da doença	Técnico	Biológico	Profissional médico/a	Objeto da ação
Saúde Ocupacional	Prevenção da doença	Técnico	Ambiental	Equipe multiprofissional	Objeto da ação
Saúde do/a Trabalhador/a	Promoção da saúde	Técnico e político	Biopsicossocial e histórico	Equipe inter/transdisciplinar e trabalhador/a	Protagonista

Fonte: Autora, 2018.

Outro ponto importante de reflexão é que esses campos conceituais e práticos foram se constituindo de acordo com as características sociais, históricas e políticas dos contextos no qual emergiram, por meio de movimentos de permanências e rupturas. A perspectiva construcionista social, na qual essa pesquisa ampara-se e que será discutida mais adiante, possibilita-nos refletir que a produção de conhecimento não é algo dado, pronto e neutro, mas é construída socialmente. A ciência é uma prática social, como qualquer outra (GERGEN, 2009). Assim, baseando-nos nessa concepção e a partir das discussões traçadas nesse tópico, pontuamos que o cotidiano do trabalho e o contexto social produziram efeitos na produção acadêmica sobre a relação saúde-doença e trabalho e essa produção de saber, por sua vez, reverberou nas práticas de atenção à saúde do/a trabalhador/a.

Sobre esses aspectos Minayo-Gomez e Thedim-costa (1997) pontuam que “como diria Bourdieu, transitar em um terreno notadamente ético-político obriga a definir posições e desmitificar a ideia de uma ciência neutra como ficção interessada, que permite

passar por científica uma forma neutralizada e eufêmica” (p. 25). Os autores também afirmam que:

Enquanto campo de conhecimento, Saúde do Trabalhador é, por isso, uma construção que combina um alinhamento de interesses, em determinado momento histórico, onde as questões, politicamente colocadas, adquirem relevância e há condições intelectuais para discutilas e enfrentá-las sob os pontos de vista científico e epistemológico. Como todo campo científico vem mediado por relações sociais (p. 25).

Nesse sentido, cada campo de saber – Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do/a Trabalhador/a – foi sendo constituído não de forma neutra, mas a partir do contexto social, histórico e político vigente e permeado pelos discursos científicos produzidos em torno da relação saúde-doença e trabalho.

CAPÍTULO 2 - SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO DO/A SERVIDOR/A PÚBLICO/A FEDERAL: MARCOS LEGAIS E POLÍTICOS

Em 1938, foi criado o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), por meio do Decreto-Lei Nº. 579, de 30 de julho de 1938, o qual tinha como objetivo profissionalizar o setor público federal, criando uma carreira na administração pública. O DASP criou o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União, instituído por meio do Decreto-Lei Nº. 1.713, de 28 de outubro de 1939, que regulamentava os direitos e deveres dos/as funcionários/as públicos/as federais⁵. Dentre os direitos assegurados, estavam expressos os referentes à saúde:

Art. 219. O Governo Nacional promoverá o bem-estar e o aperfeiçoamento físico, intelectual e moral dos funcionários e de suas famílias.

I – Um plano de assistência, que compreenderá a previdência, seguro, assistência médico-dentária e hospitalar, sanatórios, colônias de férias e cooperativismo;

II – Um programa de higiene, conforto e preservação de acidentes de trabalho;

(...)

V – Centros de educação física e cultural para recreio e aperfeiçoamento moral e intelectual dos funcionários e de suas famílias, fora das horas de trabalho;

Esse Estatuto também assegurava o direito à licença para tratamento da saúde. De acordo com Cunha (1963, apud MARSIGLIA, 1993), durante o período de 1938 a 1958, houve um crescimento significativo no número de funcionários/as públicos/as, com ingresso por meio de concurso ou por favoritismos políticos e/ou pessoais. Entre 1938 a 1943, houve um crescimento de 10,9% do contingente de funcionários/as públicos/as e, entre 1943 a 1958, houve um aumento de 59,3%. Esse crescimento gerou a demanda de formulação de um novo Estatuto.

Em 1952, a Lei Nº. 1.711 criou um novo Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União, o qual, no que se refere à saúde, manteve ao/à funcionário/a o direito a um plano de assistência médico-dentária e hospitalar, bem como, à licença para tratamento de saúde. Ressalta-se que o novo Estatuto não contemplava nenhum tipo de ação referente à saúde nos locais de trabalho.

⁵ O Artigo 2º do Decreto-Lei Nº 1.713/1939 define como funcionário/a público/a “a pessoa legalmente investida em cargo público”.

A regulação do trabalho no Brasil se deu por meio do Decreto-Lei Nº. 5.452, de 1º de maio de 1943, o qual aprovou a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), voltadas para as relações individuais e coletivas do trabalho⁶. O Capítulo V da CLT define regulamentações acerca da “Higiene e Segurança do Trabalho”, o qual foi modificado posteriormente para “Segurança e Medicina do Trabalho”⁷. A consolidação dessas leis assegurou direitos aos/às trabalhadores/as, inclusive no que concerne à segurança e a saúde. Contudo, esses marcos legais mantêm uma concepção vinculada à Medicina do Trabalho e não contemplam os/as servidores/as públicos/as com regime jurídico estatutário.

Em 1977, por meio da Lei Nº. 6.439, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)⁸, o qual tinha como objetivo a oferta de atendimento médico aos/às trabalhadores/as que contribuía com a previdência social. O INAMPS configurou-se como um sistema de saúde segmentado, dirigido principalmente para a prestação de serviços médico-hospitalares. Vale destacar que apesar do INAMPS possuir estabelecimentos próprios, a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada, pois os serviços próprios da previdência foram progressivamente desativados e/ou sucateados, ao mesmo tempo em que era ampliado o número de serviços privados credenciados e/ou conveniados. Os convênios definiam a remuneração por procedimento, estabelecendo um modelo de atenção centrado na doença e não na saúde. Silva (2013) afirma que “nessa associação entre previdência e a assistência de saúde, impôs-se forte medicalização da saúde, com ênfase nos atendimentos curativo, individual e especializado” (p. 98).

Devido ao elevado custo dos serviços médico-hospitalares, o INAMPS sofreu uma intensa crise financeira, tornando insustentável seu modelo de atenção à saúde e possibilitando um processo de reforma. Nesse contexto, haviam também fortes críticas à estrutura e à organização do sistema, devido ao seu caráter privatista e ao seu modelo médico-hospitalocêntrico⁹. De acordo com Bizarria et. al. (2016), a partir das décadas de 1970 e 1980 o Estado brasileiro inseriu em seus debates políticos a saúde do/a trabalhador/a, como novo campo de conhecimento e emergência de atuação prática,

⁶ Quando foi criada, a CLT restringia o conjunto de direitos aos/às trabalhadores/as urbanos/as. Atualmente, as leis trabalhistas se estendem a todos/as os/as trabalhadores/as com contrato formal de trabalho.

⁷ A modificação foi realizada por meio da Lei Nº. 6.514, de 22 de dezembro de 1977.

⁸ A Lei Nº. 6. 439, de 1º de setembro de 1977 institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, o qual contemplava o INAMPS.

⁹ O INAMPS foi extinto em 27 de julho de 1993, pela Lei Nº. 8.689.

tendo-se concretizado na Constituição Federal (CF) de 1988 e na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997):

Essa nova compreensão surge, em sua singularidade, num contexto conjuntural caracterizado pela confluência de movimentos sociais e políticos, de onde emergiam novos projetos de sociedade e novas estratégias de ação que influenciavam e eram influenciados pela produção intelectual. A saúde dos trabalhadores se torna questão na medida em que outras questões são colocadas no País. Manifesta-se no âmago da construção de uma sociedade democrática, da conquista de direitos elementares de cidadania, da consolidação do direito à livre organização dos trabalhadores. Envolve, especificamente, o empenho tanto de setores sindicais atuantes frente a determinadas situações mais problemáticas das suas categorias (p.24-25).

A CF de 1988 representou uma conquista política e um avanço no sentido da democratização, da equidade e da cidadania. Ela trouxe conquistas sociais importantes, dentre elas, a instauração do SUS, configurando-se como um marco para a reorientação dos serviços de saúde pública no Brasil, concedendo à saúde o caráter de direito. Em seu Art. 7º, inciso XXII, define como direito dos/as trabalhadores/as, urbanos ou rurais, a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança. E, em seu Art. 200, que preconiza as atribuições do SUS, prevê no inciso II a execução de “ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” e no inciso VIII a colaboração “na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”.

A Constituição de 1988 garantiu, enquanto um direito de todos e dever do Estado, o atendimento à saúde integral e universal, superando as limitações dos direitos tradicionais da legislação até então vigente. Essas conquistas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira contribuíram para a superação da dicotomia histórica dos Direitos Trabalhista e Previdenciário, que atuavam como condutores hegemônicos das condições de vida e saúde no trabalho (ANDRADE et. al., 2012, p. 142).

No âmbito da administração pública federal, a Constituição Federal de 1988 trouxe como contribuição importante o estabelecimento do Regime Jurídico Único. Segundo Martins et. al. (2017), até a CF de 1988, haviam diversos mecanismos de ingresso no serviço público – indicações, contratações e concursos públicos – e vínculos empregatícios – estatutários, celetistas e contratos temporários. Com a instituição do Regime Jurídico Único foi definida uma única forma de relação de trabalho, fundamentada num regime próprio e com determinação de ingresso por meio de concurso

público. Segundo a autora, essas regulamentações possibilitam transformações na organização dos processos e relações de trabalho no serviço público¹⁰.

Silva (2013) pontua que, com a instituição do Regime Jurídico Único, o termo “funcionário/a público/a” entrou em desuso e toda pessoa legalmente investida em cargo público, mediante concurso, passou a ser denominada “servidor/a público/a”¹¹.

A Lei Nº. 8.112, de 11 de dezembro de 1990¹² garante alguns direitos para os/as servidores/as públicos/as federais, dentre eles, alguns referentes à saúde. O Art. 230, prevê que a assistência à saúde do/a servidor/a – ativo/a ou inativo/a – e de sua família abrange a assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, possuindo como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde que devem ser prestadas pelo SUS, diretamente pela instituição a qual estiver vinculado/a o/a servidor/a, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, por meio do ressarcimento parcial do valor. A Lei Nº. 8.112 também define o direito de licença para tratamento de saúde e sua regulamentação.

De acordo com Martins et. al. (2017), a Lei Nº. 8.112 representou uma primeira medida para assegurar a garantia de instrumentos de proteção à saúde do/a servidor/a público/a federal. Entretanto, ainda não abarcava a integralidade da saúde dos/as trabalhadores/as das instituições públicas federais. Outro ponto importante trazido pela autora é o fato de que nesse momento histórico e político ocorriam diversos movimentos e discussões em torno das políticas públicas e sociais de saúde, por meio do movimento da Reforma Sanitária¹³, que culminou no surgimento do SUS. Em relação às discussões

¹⁰ De acordo com Martins e Molinaro (2013), o Regime Jurídico Único foi quebrado pela Emenda Constitucional Nº. 19, de junho de 1998, assinada pelo, então, presidente Fernando Henrique Cardoso. Dentre as modificações promovidas por essa Emenda, os autores destacam: a possibilidade de contratação, pelas instituições públicas, de pessoas regidas pela CLT; a possibilidade de redução do quadro de servidores/as públicos/as, com a justificativa de contenção dos gastos públicos em virtude da crise fiscal; permissão de aprovação para medidas para demissão voluntária; e ampliação das condições para contratação temporária. Os autores também afirmam que nesse contexto político (e em outros posteriores), houve a abertura para a criação e contratação de Organizações Sociais (OS) e Fundações para gerir os serviços públicos, promovendo terceirizações e contratações regidas pela CLT.

¹¹ Para Silva (2013) o/a servidor/a público/a assume posição social, ética e política que não é neutra, mas que está a serviço da população brasileira. É um/a trabalhador/a que vende sua força de trabalho ao Estado.

¹² A Lei Nº 8.112/1990 dispõe sobre o regime jurídico dos/as servidores/as públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

¹³ O movimento da Reforma Sanitária Brasileira surgiu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970 e caracterizou-se como um conjunto de ideias referentes a transformações necessárias na área da saúde. Essas propostas de mudanças não abarcavam apenas o sistema de serviços de saúde (setor saúde), mas objetiva-se intervir de forma ampla no atendimento das necessidades de saúde, para melhoria das condições de saúde e de vida da população. As propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, oficializado com a CF de 1988 e a criação do SUS.

voltadas à saúde do/a trabalhador/a, a 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (CNST)¹⁴, realizada em dezembro de 1986, reivindicava políticas de saúde voltadas a relação saúde-trabalho. De acordo com o relatório da 1ª CNST¹⁵:

O entendimento de que saúde dos trabalhadores extrapola os limites da saúde ocupacional possibilita conceitua-la como resultante de um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica. Em síntese, saúde dos trabalhadores significa: condições dignas de vida; pleno emprego; trabalho estável e bem remunerado; oportunidade de lazer; organização livre, autônoma e representativa de classe; informação sobre todos os dados que digam respeito direitos. Portanto, no plano do direito, o direito à saúde precisa expressar, também, direito ao trabalho, direito à informação, direito à participação, direito ao lazer (p. 2)

A Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990¹⁶ trouxe muitos avanços para a área da saúde, inclusive para a saúde do trabalhador/a. Em seu Art. 3º, configura o trabalho com um dos fatores determinantes e condicionantes para a saúde, assim como, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. O Art. 6º, inciso I, dessa mesma Lei, inclui a saúde do/a trabalhador/a como um dos campos de atuação do SUS, definindo-a como atividades que se destinam, por meio de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde, assim como, visam a recuperação e reabilitação da saúde dos/as trabalhadores/as submetidos/as aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

No cenário das mudanças políticas e sociais ocorridas nas décadas de 1980 e 1990 e no contexto da reforma sanitária, o mundo do trabalho e da atenção à saúde dos trabalhadores passaram por significativas reformulações. Entre essas, destaca-se a superação do paradigma da medicina do trabalho e a definição da área da saúde do trabalhador no campo da abrangência da saúde pública. Até então, a saúde no Brasil ou era um benefício previdenciário restrito aos contribuintes ou um bem de serviço pago na forma de assistência médica, ou ainda uma ação de misericórdia oferecida aos que não tinham acesso à previdência, nem recursos para pagar a assistência privada, prestada por hospitais filantrópicos, a exemplo das santas casas (BRASIL, 2011, p. 11).

Para Martins et. al. (2017), considerando o contexto político de garantia de direitos e constituição de um modelo de saúde coletiva baseado nos princípios da universalidade,

¹⁴ Segundo o relatório da 1ª CNST, a Conferência contou com 526 participantes, havendo representantes da classe trabalhadora, do Estado, das Universidades, dos movimentos sociais, dentre outros.

¹⁵ Disponível em: < <http://www.cntssc.org.br/sistema/ck/files/conferencia/cnts1.pdf>>. Acessado em: abril de 2018.

¹⁶ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

equidade e integralidade, a administração pública federal precisava avançar nas discussões referentes à atenção à saúde do/a trabalhador/a. Ainda se fazia necessário investir em um modelo jurídico-institucional que considerasse a relação saúde-trabalho no processo saúde-doença e que estruturasse ações de prevenção a agravos e de promoção à saúde.

Em 1993, foi criado o Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador (GEISAT), o qual tinha como objetivo analisar medidas e propor ações integradas voltadas à melhoria das condições de saúde e segurança do/a trabalhador/a. O GEISAT foi instituído pela Portaria Interministerial MTB/MS/MPAS Nº 1, de 20 de abril de 1993 e tinha como intuito romper com as atribuições fragmentadas nas estruturas de saúde, trabalho e previdência social. Para Silva (2013) “a integração entre os Ministérios é um dos desafios para a realização da política na saúde do trabalhador em sua integralidade, no âmbito de promoção, prevenção e assistência” (p. 137). Para a autora o GEISAT não possui força e poder decisório político-institucional para encaminhar propostas concretas de articulação intergovernamental consoante com seu objetivo original.

Durante as décadas de 1990 e 2000 ocorreram intensos debates em torno da regulamentação da saúde do/a trabalhador/a no contexto do SUS (MARTINS et. al., 2017). Em 1994, foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, a qual teve como tema central “Construindo uma política de saúde do Trabalhador”¹⁷ e em 2005, ocorreu a 3ª CNST com o tema “Trabalhar, sim! Adoecer, não!”¹⁸. Destaco que essa última foi convocada pela Portaria Interministerial Nº. 774, de 28 de abril de 2004, pelos Ministérios da Previdência Social¹⁹, do Trabalho e Emprego²⁰ e Saúde, sendo resultado da articulação do Grupo de Trabalho Interministerial, instituído por meio da Portaria Nº. 153, de 13 de fevereiro de 2004. Esse Grupo também teve como uma de suas atribuições a elaboração da proposta da Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST).

¹⁷ De acordo com o relatório da 2ª CNST, a Conferência contou com a participação de 563 delegados (da classe trabalhadora, do Estado e dos empregadores), além de 323 outros participantes. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst_relato_final.pdf>. Acessado em: abril de 2018.

¹⁸ De acordo com o relatório da 3ª CNST, a Conferência contou com a participação de mais de 2 mil pessoas. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Relatorio_Trabalhar_Sim_Adoecer_No_3_CNST.pdf>. Acessado em: abril de 2018.

¹⁹ O Ministério da Previdência Social foi extinto em 2015.

²⁰ Em 2016, por meio da Lei Nº. 13.341, passou a ser Ministério do Trabalho.

De acordo com Silva (2013), as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, configuraram-se como espaços de mobilização e participação social, por meio de diálogos e construção de propostas para a concretização de uma política nacional de saúde da classe trabalhadora, a qual foi materializada com a PNSST. Segundo a autora, “as conferências contextualizadas vêm firmando-se como canais de participação social, principalmente da classe trabalhadora, na discussão e debates de propostas e na efetivação de uma política nacional de saúde do trabalhador que fortaleça o SUS” (p. 135).

Em 2004, foi instituída no âmbito dos Ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência Social, a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador. A PNSST tinha como proposta a formulação e implementação de políticas e ações que visassem a melhoria da qualidade de vida e da saúde do/a trabalhador/a, baseadas em abordagens transversais e intersetoriais, para a busca da superação da fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores Trabalho e Emprego, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente. O GEISAT tinha como responsabilidade a gestão da PNSST.

Em 2011, foi criada a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST), instituída pelo Decreto-Lei Nº. 7.602, de 7 de dezembro de 2011. Essa Política tem como objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do/a trabalhador/a e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho. Os princípios da PNSST são 1) universalidade; 2) prevenção; 3) precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação; 4) diálogo social; e 5) integralidade. Preconiza-se que as ações sejam implementadas por meio da articulação continuada entre os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social. A gestão participativa da PNSST cabe à Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CTSST) que é constituída paritariamente por representantes do governo, trabalhadores/as e empregadores/as e a gestão executiva é conduzida por Comitê Executivo constituído pelos três Ministérios (MTE, MS e MPS).

O Ministério da Saúde, em 2012, criou a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), por meio da Portaria Nº. 1.823, sendo preconizado o alinhamento entre essa política e a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, instituída em 2011. A PNSTT tem como objetivo a regulamentação da atenção integral à saúde do/a trabalhador/a, com ênfase na vigilância, visando a promoção

e a proteção da saúde e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Para fins dessa Política considera-se trabalhador/a: homens e mulheres, da zona urbana ou rural, com inserção no mercado de trabalho formal ou informal, com vínculo empregatício público ou privado, assalariado/a, autônomo/a, avulso/a, temporário/a, cooperativados/as, aprendiz, estagiário/a, doméstico/a e aqueles/as temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por adoecimento, aposentadoria ou desemprego.

A PNSTT tem como princípios e diretrizes: 1) universalidade; 2) integralidade; 3) participação da comunidade, dos/as trabalhadores/as e do controle social; 4) descentralização; 5) hierarquização; 6) equidade; e 7) precaução. E alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no contexto do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do/a trabalhador/a e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença.

A PNSTT define que as ações contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde e sejam desenvolvidas por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, havendo articulação entre: 1) ações individuais – de assistência e de recuperação dos agravos – com ações coletivas – de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos/as trabalhadores/as; 2) ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e 3) o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos/as trabalhadores/as e destes/as com as respectivas práticas institucionais.

Ainda no âmbito dessa Política é prevista a atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), integrado na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), tendo como funções: 1) realizar atividades de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde, na sua área de abrangência; 2) dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde em diversos níveis da Rede de Atenção à Saúde; e 3) atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do/a trabalhador/a, assumindo a retaguarda técnica especializada.

A RENAST foi constituída por meio da Portaria Nº. 1.679, de 19 de setembro de 2002, visando o desenvolvimento de ações dirigidas à saúde do/a trabalhador/a e articuladas às demais redes do SUS. Atualmente, a RENAST é regulamentada pela Portaria Nº. 2.728, de 11 de novembro de 2009 e compreende uma rede nacional de informações e práticas de saúde, que tem como objetivo implementar ações assistenciais,

de vigilância e de promoção à saúde, assim como, de prevenção de agravos na perspectiva da saúde do/a trabalhador/a. É, portanto, uma complexa rede e deve se concretizar com ações transversais.

A proposta da PNSTT focaliza a relação saúde-adoecimento e trabalho, sendo consolidada por meio de uma rede de atenção com integração de ações e informações. Busca-se a melhoria das condições de vida e saúde do/a trabalhador/a, com a identificação dos riscos à saúde nos processos e ambientes de trabalho, prevenindo agravos e atuando nas necessidades de saúde desta população. Assim como, na promoção de espaços de trabalho saudáveis, garantindo qualidade de vida às pessoas que desempenham atividades laborais. A participação ativa dos/as diferentes atores/atrizes que compõem os processos produtivos é importante para a implementação dessa Política.

Considerando as discussões traçadas até então, vale refletir acerca da seguinte questão: se a regulamentação de ações e políticas em saúde para o/a trabalhador/a estavam sendo constituídas no âmbito do SUS, e considerando o princípio da universalidade – ou seja, essas ações e políticas devem contemplar todo/a trabalhador/a, seja do serviço público, da iniciativa privada, trabalhador/a autônomo/a, dentre outros –, por que criar uma legislação de atenção à saúde do/a trabalhador/a específica para a administração pública federal?

Ao longo dos anos, as demandas surgidas que exigiam o desenvolvimento de ações em saúde e segurança do trabalho do/a servidor/a público/a federal, foram tratadas de formas distintas pelos Ministérios e demais órgãos que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC)²¹, sem que houvesse uma padronização e estruturação dos serviços. Havia diferenciações na destinação dos recursos financeiros, na estrutura física e organizacionais. Alguns órgãos desenvolveram serviços com organização necessária para realização de ações nas áreas de assistência, perícia e promoção à saúde; outros, entretanto, não possuíam nenhum tipo de iniciativa para o atendimento dessas demandas e para a garantia de direito à assistência à saúde do/a trabalhador/a (BRASIL, 2010).

O Relatório do I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor, realizado em 2008, com o tema “Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal: um projeto em construção coletiva”, apontava que:

²¹ O Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC) foi criado por meio do Decreto-Lei Nº. 67.326, de 05 de outubro de 1970.

A ausência de uma política nacional de saúde do servidor articulada pelo Estado Brasileiro, mesmo após a aprovação do Regime Jurídico Único em 1990, propiciou aos Ministérios e aos demais órgãos que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC) a criação de serviços de saúde com recursos e estruturas físicas, organizacionais e critérios periciais diferenciados, com potencialidades e dificuldades desconhecidas pelo conjunto da Administração Pública Federal (APF). Na APF é possível identificar as mais diferentes situações: órgãos sem qualquer atuação na área de saúde, outros que desenvolvem algumas ações com limitações de recursos, órgãos com serviços bem estruturados, porém ociosos e, excepcionalmente, serviços com padrões de excelência na área de perícia, promoção e assistência à saúde do servidor. Cabe ressaltar que, dentre os órgãos que possuem serviços de saúde isolados, a maioria realiza perícia com parâmetros técnicos diferentes e centrados na atuação do médico, sem atividades de promoção, ou desenvolvem ações de promoção de forma descontínua, pontual e isolada das outras políticas de valorização ao servidor público (BRASIL, 2008, p.3).

Outra dificuldade vivenciada era a inexistência de um sistema de informações unificado para todos os órgãos que possibilitasse a notificação dos agravos à saúde, licenças, acidentes de trabalho, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais. Tal fato também tornava difícil a construção do perfil de adoecimento dos/as servidores/as públicos/as, dificultando o real dimensionamento das necessidades de saúde.

A inexistência de um sistema estruturante com informações de saúde, que permitisse traçar o perfil de adoecimento dos servidores e das reais condições de trabalho no setor público federal, inviabilizou a gestão das questões relacionadas à saúde do servidor e contribuiu para o distanciamento entre a área da saúde e a política de gestão dos recursos humanos. As questões relativas à saúde dos servidores não se constituíam prioridades e só se tornavam problemas quando o adoecimento ocasionava ausência ao trabalho. O investimento na área de saúde do servidor público ficou às expensas do entendimento individual de cada gestor que estabeleceu níveis diferenciados de prioridades às atividades de saúde, sem existir, entretanto, qualquer tipo de relação estruturada entre os órgãos (BRASIL, 2008, p.4).

Diante dessas questões, fazia-se necessário a construção de uma política de atenção à saúde que contemplasse as especificidades dos/as servidores/as públicos/as federais. Em 2003, o Governo Federal, por meio do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão²² (MPOG) criou a Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor (COGSS), a qual tinha como finalidade coordenar o processo de construção de uma política voltada especificamente às relações de trabalho e saúde do/a

²² Em 2016, por meio da Lei Nº. 13.341, tornou-se Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

servidor/a público/a. Em 2006, foi instituído o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP), por meio do Decreto Nº. 5.961, de 13 de novembro de 2006, e tinha como finalidade uniformizar os procedimentos administrativo-sanitários na área de gestão de pessoas e promover ações voltadas à saúde ocupacional do/a servidor/a no âmbito do SIPEC.

As atribuições do SISOSP eram: 1) realizar exames médico-periciais; 2) realizar procedimentos ambulatoriais relativos a doenças ocupacionais; 3) gerenciar os prontuários médicos de saúde ocupacional dos/as servidores/as; 4) prestar assistência ao/a servidor/a acidentado/a em serviço, portador/a ou com suspeita de doença relacionada ao trabalho, bem como àquele/a que necessitasse de reabilitação ou readaptação funcional; 5) controlar os riscos e agravos à saúde nos processos e ambientes laborais; 6) avaliar a salubridade e a periculosidade dos ambientes e postos de trabalho; 7) emitir laudos de avaliação ambiental e de concessão de adicionais; 8) realizar estudos, pesquisas e avaliações dos riscos e agravos à saúde nos processos e ambientes de trabalho; 9) avaliar o impacto dos modos de organização do serviço e das tecnologias na saúde do/a servidor/a; e 10) produzir, sistematizar, consolidar, acompanhar, analisar e divulgar informações sobre os riscos de acidentes e doenças relacionadas ao serviço.

O SISOSP permitiu a construção de uma iniciativa para padronização no desenvolvimento de ações e serviços de atenção à saúde do/a trabalhador/a público/a federal. Contudo, segundo Andrade et. al. (2012), foram traçadas discussões visando propostas de alterações no SISOSP para abarcar um modelo de atenção à saúde fundamentado num conceito de saúde do/a trabalhador/a que contemplasse a transformação das condições e dos ambientes de trabalho, na perspectiva da democratização das decisões e do controle social.

Em 2008, o MPOG realizou o I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor (ENASS), em Brasília, com a participação de 583 pessoas. Nesse Encontro foram discutidas as bases para a construção coletiva de uma política de atenção à saúde e segurança do trabalho no âmbito da administração pública federal (BRASIL, 2008). Em 2009, também em Brasília, foram realizados o II ENASS, com o tema “Promoção da Saúde e Vigilância dos Ambientes de trabalho” e que contou com 700 participantes e o I Fórum de Saúde Mental da Administração Pública Federal, com o tema “Sofrimento no

Trabalho: Conhecer e Compartilhar Práticas de Intervenção” e que contou com 327 participantes²³.

Em 2009, o COGSS passou a ser Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor (DESAP), vinculado à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. E, a partir desse Departamento, foram articuladas algumas discussões em torno dos desafios de superar as distorções de direitos existentes entre os diversos órgãos do SIPEC e buscar a implementação de uma política de atenção à saúde baseada na equidade e na universalidade de garantias fundamentais (BRASIL, 2010). O DESAP promoveu, em 2010, o III ENASS e o II Fórum de Saúde Mental da Administração Pública Federal, de maneira integrada e com o tema “Saúde do Servidor: nosso compromisso, nossas conquistas, nossos desafios”. Esses encontros e reuniões – com representantes da gestão, profissionais de saúde, servidores/as públicos/as e entidades sindicais – possibilitaram o compartilhamento de experiências e dificuldades, o estabelecimento de parcerias intersetoriais e foram importantes para o início do processo de construção coletiva de uma política transversal de atenção e segurança à saúde do/a servidor/a público/a federal (SILVA, 2013).

²³ Informações disponíveis em:< <https://portalsipec.planejamento.gov.br>>. Acessado em: maio de 2018.

CAPÍTULO 3 - POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO DO/A SERVIDOR/A PÚBLICO/A FEDERAL

O SISOSP foi extinto e deu lugar para a instauração do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS), criado por meio do Decreto Nº. 6.833, de 29 de abril de 2009. O SIASS foi criado a partir de diálogos realizados por meio de encontros, oficinas e reuniões com as áreas de gestão de pessoas, profissionais da saúde, profissionais do ensino – docentes e grupos de pesquisa de instituições de ensino superior envolvidos com a temática – e entidades sindicais. Este movimento possibilitou o compromisso coletivo de construir e implantar, de forma compartilhada, uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do/a Servidor/a Público/a Federal (PASS), sustentada por um sistema de informação em saúde do/a servidor/a, por diretrizes e princípios unificados, por uma rede de unidades e serviços, assim como, pela garantia de recursos financeiros específicos para o desenvolvimento de ações e projetos. O SIASS surge nesse contexto de processos de diálogos e construção coletiva da PASS (BRASIL, 2010).

Martins et. al. (2017) aponta que a criação do SIASS possibilitou a ruptura com um sistema fundamentado numa concepção restrita à saúde ocupacional para a possibilidade de adoção de um modelo de atenção de saúde do/a trabalhador/a. A autora também destaca que foi importante o processo de construção coletiva com a participação de diversos agentes institucionais e atores/atrizes sociais. Para Silva (2013) os/as servidores/as públicos/as não devem ser vistos apenas como consumidores/as e usuários/as da PASS, senão protagonistas e construtores/as. Martins et al. (2017) afirma ainda que “as relações trabalho-saúde pressupõem interdisciplinaridade e participação dos trabalhadores como sujeitos ativos e centrais no planejamento e implementação das ações de transformação dos processos do trabalho” (p. 1431).

Silva (2013) afirma que a mudança do SISOSP para SIASS

(...) não se refere apenas ao nome, mas à concepção de saúde do trabalhador, agora vista como um conjunto de atividades e ações que dizem respeito não só à intervenção nos ambientes de trabalho, mas também da apropriação dessa saúde, pelo servidor de ter referências na área da assistência. A discussão em torno do nome foi provocada pelo próprio “desuso” do conceito de saúde ocupacional, que está restrito a ideia de que a saúde dos trabalhadores vincula-se a ação do médico, do engenheiro e técnico em segurança do trabalho. Tal visão restringe o conjunto de ações que extrapolam apenas esse aspecto da saúde ocupacional, bem como a participação da equipe multidisciplinar (p. 156).

De acordo com o Art. 2^a do Decreto Nº. 6.833, o objetivo do SIASS é coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, prevenção a agravos, promoção e acompanhamento da saúde dos/as servidores/as da administração federal, em consonância com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do/a servidor/a público/a federal. O Decreto define “assistência à saúde” como ações que objetivam a prevenção a agravos, a identificação precoce e o tratamento de doenças e a reabilitação da saúde, envolvendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do/a servidor/a público/a civil federal. Compreende como “perícia oficial” a ação médica ou odontológica que visa avaliar o estado de saúde do/a servidor/a para o exercício de suas atividades laborais. E determina como “prevenção, promoção e acompanhamento da saúde” as ações que objetivam intervir no processo de adoecimento do/a servidor/a, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho.

O SIASS configura-se como um dispositivo importante para a implementação e consolidação da PASS, sendo definido como um sistema estruturante que possibilita articular os recursos existentes para a potencialização das ações, a uniformização de procedimentos e para a produção de informações. Contudo, destaco que a Política indica que as instituições da administração pública federal também podem criar comissões internas, coordenações e/ou outros setores institucionais que promovam ações voltadas à segurança e à saúde do/a trabalhador/a (BRASIL, 2010).

Alguns autores e algumas autoras (MARTINS et al., 2017; BIZARRIA et al., 2016), pontuam que a PASS representa a institucionalização de um modelo integral e participativo de atenção à saúde do/a servidor/a público/a. Para Silva (2013):

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

A PASS objetiva oferecer um conjunto de parâmetros e diretrizes norteadoras para a elaboração de projetos e ações de atenção à saúde do/a servidor/a público/a federal, sendo composta por decretos, portarias, normas operacionais e sistemas que possibilitam a padronização e racionalização dos recursos, bem como o uso da informação para a ação e rede de comunicação. A PASS é estruturada em três eixos: 1) perícia em saúde, 2)

vigilância e promoção à saúde e 3) assistência à saúde do/a servidor/a. Eles estão inter-relacionados e devem ser desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar, baseando-se na abordagem biopsicossocial, no conhecimento transdisciplinar e na informação epidemiológica. A Política também preconiza a avaliação dos locais de trabalho, considerando os ambientes e as relações de trabalho (BRASIL, 2010). Apresentarei, a seguir, os eixos que compõem a PASS e as bases legais que a regulamentam.

3.1 - Perícia em saúde

De acordo com a PASS, a perícia oficial em saúde é o ato administrativo que consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral do/a servidor/a, realizada por médico/a ou cirurgião/cirurgiã-dentista do SIASS. A avaliação pericial pode ser realizada com os/as servidores/as e seus dependentes e integra os processos de investidura no cargo público, licenças, remoções por motivo de saúde do/a servidor/a ou de familiar, aposentadorias, readaptações funcionais e a execução de nexos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2010).

A Portaria SRH Nº. 797, de 22 de março de 2010 institui o Manual de Perícia Oficial em Saúde do/a Servidor/a Público/a Federal, o qual tem como objetivo orientar os órgãos do SIPEC quanto aos procedimentos relativos à perícia médica e odontológica. A proposta do Manual é alinhar as práticas dos/as profissionais peritos/as, uniformizar os procedimentos e critérios técnicos.

Segundo o Manual, a área pericial deve ter como princípios a ética profissional, o sigilo das informações e a humanização. Propõe-se também que as perícias em saúde, no contexto da PASS, fundamentem-se em um modelo de avaliação da capacidade laborativa que transcende o aspecto da legalidade e do controle, buscando uma compreensão ampla da relação saúde-trabalho. É importante o conhecimento das condições nas quais são desenvolvidas as atividades laborais, envolvendo as características ambientais de trabalho, a organização do trabalho, o relacionamento social e profissional.

Indica-se, ainda, que as avaliações não sejam centradas unicamente no ato médico, mas que possam contemplar ações transdisciplinares e considerar o contexto de vida e de trabalho do/a servidor/a. Propõe-se que o processo de avaliação da capacidade laborativa conte com uma equipe multiprofissional²⁴, a qual subsidiará as decisões periciais, avaliará

²⁴ O Manual define que a equipe multiprofissional de perícia oficial em saúde seja composta por profissionais da medicina, odontologia, enfermagem, psicologia e serviço social.

os ambientes e os processos de trabalho, acompanhará os/as servidores/as afastados/as por motivos de saúde e dará suporte no tratamento e nas restrições de atividades, visando uma integração das ações de assistência, prevenção aos agravos e promoção à saúde.

O Manual define capacidade laborativa como “a condição física e mental para o exercício de atividade produtiva. É a expressão utilizada para habilitar o examinado a desempenhar as atividades inerentes ao cargo, função ou emprego” (p. 02). Destaca-se, ainda, que a capacidade laborativa não implica ausência de doença ou lesão. Propõe-se que na avaliação pericial seja considerada como o adoecimento ou a lesão repercutem no desempenho das atividades laborais. A incapacidade laborativa, por sua vez, é conceituada como “a impossibilidade de desempenhar as atribuições definidas para os cargos, funções ou empregos, decorrente de alterações patológicas consequentes a doenças ou acidentes” (p.02). A incapacidade laborativa é classificada de acordo com seu grau – parcial ou total; com sua duração – temporária ou permanente; e com a abrangência profissional – uni, multi ou omni-profissional.

Outros conceitos relevantes abordados no Manual referem-se à definição de “doença profissional” e “doença relacionada ao trabalho”. O primeiro termo corresponde às “doenças decorrentes, desencadeadas ou agravadas pelo exercício de trabalho peculiar a determinada atividade profissional ou adquirida em função de condições ambientais específicas em que se realiza o trabalho” (p. 05). A doença relacionada ao trabalho “consiste na doença em que a atividade laboral é fator de risco desencadeante, contributivo ou agravante de um distúrbio latente ou de uma doença preestabelecida” (p.05).

A PASS propõe que a equipe de profissionais das unidades SIASS acompanhe os/as servidoras/es afastados/as por motivo de saúde e ofereça suporte no retorno ao trabalho e na readaptação funcional. Esse processo deve ser realizado por meio da articulação com a rede de apoio do/a servidor/a – família, profissionais de saúde, dentre outros – e com a instituição de trabalho (BRASIL, 2010).

As perícias em saúde também possibilitam a produção de informações de saúde, pois constituem base de dados epidemiológicos. A constituição do SIASS possibilitou a informatização da perícia, com a utilização do prontuário eletrônico integrado ao sistema de informações, permitindo transparência e uniformização na área pericial (BRASIL, 2010). Os dados produzidos podem subsidiar a criação de programas de promoção à saúde que tenham impacto no processo saúde-doença e trabalho.

De acordo com Silva (2013) a perícia em saúde, no âmbito da PASS, permite o controle gerencial, por meio da definição de parâmetros para as concessões de licenças e direitos aos/as servidores/as e da uniformização de procedimentos e transparência das perícias oficiais em saúde.

3.2 - Vigilância e promoção à saúde

No eixo “vigilância e promoção à saúde”, a PASS tem como principal estratégia a integração de um sistema de vigilância epidemiológica – que interprete dados de saúde do/a servidor/a – a ações que visem a transformação dos ambientes e processos de trabalho para a produção de saúde. Propõe-se que a atuação seja realizada de forma multidisciplinar e que os/as servidores/as sejam participantes de todas as fases do processo de intervenção nos ambientes laborais. A aproximação com os locais de trabalho permite que a equipe de saúde compreenda de forma mais ampla a relação saúde-trabalho, assim como, possibilita a identificação de possíveis riscos e agravos a saúde do/a trabalhador/a (BRASIL, 2010).

De acordo com a PASS, as ações de vigilância e promoção à saúde também podem ser desenvolvidas por meio de uma rede que articule projetos de promoção à saúde e de qualidade de vida, possibilitando a articulação de ações isoladas e pontuais ou projetos coletivos e contínuos. Assim como, podem ser criadas comissões de saúde do/a servidor/a. Essas iniciativas podem oportunizar a participação dos/a trabalhadores/as e o envolvimento de gestores/as, uma vez que essas organizações podem representar espaços de construções coletivas e de reconhecimento dos riscos à saúde e à segurança do/a servidor/a nos locais de trabalho (BRASIL, 2010).

Algumas bases legais contribuem com orientações e diretrizes para o desenvolvimento de ações de vigilância e promoção à saúde no âmbito da PASS, tais como: o Art. 206-A da Lei Nº. 8.112/1990 e o Decreto Nº. 6.856, de 25 de maio 2009; a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS), instituída pela Portaria Normativa SRH Nº. 03, de 07 de maio de 2010; e as diretrizes gerais de promoção da saúde do/a servidor/a, instituídas pela Portaria Normativa Nº. 3, de 25 de março de 2013.

O Art. 206-A da Lei Nº. 8.112/1990 e o Decreto Nº. 6.856/2009 instituem os exames médicos periódicos e os regulamentam. Os exames médicos periódicos são preconizados pela PASS como ações de vigilância e promoção à saúde e têm como objetivo avaliar a condição de saúde dos/as servidores/as e identificar precocemente

doenças relacionadas ou não ao trabalho, por meio dos exames clínicos e avaliações laboratoriais gerais e específicas. A avaliação baseia-se nos fatores de riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos e psicossociais a que estão expostos os/as servidores/as nas diversas atividades exercidas. De acordo com a PASS, a realização dos exames médicos permite a construção de informações para o perfil epidemiológico dos/as servidores/as.

Segundo o Decreto Nº. 6.856 a administração pública federal deverá adotar uma programação de exames médicos periódicos direcionados aos/às servidores/as, ficando sob responsabilidade do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão a definição de protocolos dos exames médicos periódicos, tendo por base a idade, o sexo, as características raciais, a função pública e o grau de exposição do/a servidor/a aos riscos nos ambientes de trabalho. Preconiza-se que as informações construídas por meio dos exames periódicos devem compor prontuários eletrônicos, para fins coletivos de vigilância epidemiológica e de melhoria dos processos e ambientes de trabalho.

Ainda de acordo com o Decreto Nº. 6.856, os exames médicos periódicos serão realizados: 1) diretamente pelo órgão ou entidade; 2) mediante convênio ou instrumento de cooperação ou parceria com os órgãos e entidades da administração direta, autárquica e fundacional; ou 3) mediante contrato administrativo. As despesas decorrentes desses exames serão custeadas pela União, com recursos destinados à assistência médica e odontológica aos/às servidores/as nos limites das dotações orçamentárias consignadas a cada unidade/órgão. Entretanto, Silva (2013) ressalta que apesar do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão ter construído – conjuntamente com outros/as atores/atrizes sociais e agentes institucionais – uma política que representa diversos avanços no que diz respeito à atenção à saúde dos/as servidores/as públicos/as federais, a destinação orçamentária para a execução da PASS ainda é muito deficitária. Outro ponto a se destacar em relação aos exames médicos periódicos, é o fato de que o/a servidor/a não é obrigado a se submeter a esses exames, possuindo o direito a se recusar a fazê-los.

Outra base legal que regulamenta o eixo de “vigilância e promoção à saúde” no âmbito da PASS é a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS), a qual define diretrizes gerais para a implementação das ações de vigilância e promoção à saúde nos ambientes e nos processos de trabalho do/a servidor/a público/a federal que compõe o SIPEC. Essa Norma integra o conjunto de ações da PASS e caracteriza-se como uma política transversal. Propõe-se que as ações sejam desenvolvidas de maneira descentralizada e coletivizada, por meio de gestão participativa, com envolvimento de

diversos/as atores/atrizes e visando a inter-relação das diversas áreas e demais eixos – perícia médica e assistência à saúde.

A NOSS, em seu Art. 4º, define alguns conceitos que são importantes para a atuação na PASS. Ela conceitua “prevenção” como a disposição prévia dos meios e conhecimentos necessários para evitar danos ou agravos à saúde do/a servidor/a, em decorrência do ambiente, dos processos de trabalho e dos hábitos de vida. Descreve “promoção à saúde” como ações voltadas à saúde do/a servidor/a, por meio da ampliação do conhecimento da relação saúde-doença e trabalho, objetivando práticas de gestão, de comportamentos e de atitudes que promovam a proteção da saúde no âmbito individual e coletivo.

A NOSS define “proteção da saúde” como medidas adotadas com a finalidade de reduzir e/ou eliminar os riscos decorrentes do ambiente, do processo de trabalho e dos hábitos de vida. Descreve “vigilância em saúde” como ações contínuas e sistemáticas, que possibilitam detectar, conhecer, pesquisar, analisar e monitorar os fatores determinantes e condicionantes da saúde relacionados aos ambientes e processos de trabalho. E determina como objetivo da vigilância em saúde o planejamento, implantação e avaliação de intervenções que reduzam os riscos e agravos à saúde.

Outros conceitos relevantes apresentados na NOSS são as definições de “ambiente de trabalho”, “condições de trabalho”, “processo de trabalho” e a noção de “risco”. Para a NOSS, “ambiente de trabalho” compreende o conjunto de bens, instrumentos e meios de natureza material e imaterial, no qual o/a servidor/a desenvolve suas atividades laborais. Representa o complexo de fatores que estão presentes no local de trabalho e interagem com o/a trabalhador/a. O termo “condições de trabalho” é descrito como características do ambiente e da organização do trabalho. Trata-se de uma mediação física-estrutural entre o/a trabalhador/a e o trabalho que pode afetar o/a servidor/a, causando sofrimento, desgaste e doenças. “Processo de trabalho” refere-se a realização de atividades, individuais ou coletivas, que se constituem como ações organizadas e inter-relacionadas que transformam insumos e produzem serviços. O processo de trabalho pode interferir na saúde física e psíquica do/a servidor/a. E, por fim, “risco” é conceituado como toda condição ou situação de trabalho que possa comprometer o equilíbrio físico, psicológico e social do/a servidor/a, causar acidente, doença do trabalho e/ou profissional.

Compreender esses conceitos no contexto da PASS contribui para o entendimento dos eixos de atuação e de como podem ser desenvolvidas as ações de atenção à saúde e segurança do trabalho. Ressalta-se também que os conceitos apresentados nos leva a

refletir sobre a relação saúde-adoecimento e trabalho e destaca a relevância de uma política voltada à saúde no âmbito laboral.

A NOSS preconiza que as ações de vigilância e promoção à saúde dos/as servidores/as públicos/as federais devem se nortear pelas seguintes diretrizes: 1) universalidade e equidade; 2) integralidade das ações: individuais e/ou coletivas, articuladas para potencializar as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; 3) acesso à informação: os/as servidores/as têm direito à informação dos riscos referentes ao trabalho e da sua saúde; 4) participação dos/as servidores/as: em todas as etapas do processo de atenção à saúde e a valorização do seu saber sobre o trabalho; 5) regionalização e descentralização: as ações de saúde serão planejadas e executadas baseando-se nas prioridades e necessidades de saúde dos/as servidores/as de cada região; 6) transversalidade; 7) intra e intersetorialidade; 8) co-gestão: compartilhamento entre diferentes atores/atrizes sociais que participam e/ou interagem no processo; 9) embasamento epidemiológico; 10) formação e capacitação; 11) transdisciplinaridade; e 12) pesquisa-intervenção: práticas que viabilizem análises e decisões coletivas, construindo conhecimento a partir da integração do saber científico com o saber prático, com participação e presença ativa dos/as servidores/as.

A NOSS reafirma a sugestão contida na PASS de criação de comissões internas de saúde do/a servidor/a nos órgãos da administração pública federal com a finalidade de: 1) propor ações voltadas à promoção da saúde e humanização do trabalho, à melhoria das condições de trabalho, prevenção de acidentes, de agravos à saúde e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho; 2) propor ações que desenvolvam a corresponsabilidade no gerenciamento da saúde e da segurança nas relações e processos de trabalho; e 3) valorizar e estimular a participação dos/as servidores/as, enquanto protagonistas e conhecedores/as do seu processo de trabalho.

Outro ponto relevante abordado na NOSS refere-se à avaliação dos ambientes e processos de trabalho, a qual deve considerar as situações de risco presentes e que possam ocasionar danos e agravos à saúde do/a trabalhador/a. Também destaca-se para o desenvolvimento dessa avaliação a valorização do conhecimento e a percepção que os/as servidores/as possuem sobre seu local e suas condições de trabalho.

A Portaria Normativa Nº. 3, de 25 de março de 2013 também institui diretrizes gerais que devem ser adotadas nas ações de promoção à saúde do/a servidor/a público/a federal dos órgãos que compõem o SIPEC e integra o conjunto de ações que constituem

a PASS. Ela visa complementar a NOSS no que se refere às ações específicas à promoção à saúde.

Assim como a NOSS, a Portaria Normativa Nº. 3, preconiza que as políticas e projetos voltados à promoção da saúde sejam desenvolvidos de forma transversal, descentralizada e por meio de gestão participativa. A finalidade dessas políticas e projetos é a melhoria dos ambientes, da organização e do processo de trabalho, possibilitando a construção de uma cultura de valorização da saúde para redução da morbimortalidade, por meio da adoção de hábitos saudáveis de vida e de trabalho.

A Portaria Normativa Nº. 3 alinha-se a outros textos legais ao determinar que as ações de promoção à saúde devem basear-se em dados epidemiológicos, objetivando a intervenção fundamentada nas diferentes necessidades de saúde dos/as servidores/as e visando transformações na organização e no ambiente de trabalho.

De acordo com a Portaria, os objetivos das ações de promoção à saúde no contexto da PASS são: 1) estímulo à oferta das ações de educação em saúde, 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; 2) propiciar ambientes de trabalho saudáveis, com o envolvimento dos/as servidores/as e gestores/as no estabelecimento de um processo contínuo de melhoria das condições e relações de trabalho e da saúde; 3) melhor compreensão da determinação do processo saúde-doença e desenvolvimento de alternativas que levem a transformações significativas, considerando a dimensão humana no trabalho; 4) intervenção nos determinantes do processo saúde-doença, em seus aspectos individuais e nas relações coletivas do ambiente de trabalho; e 5) contribuição para a melhoria da qualidade de vida dos/as servidores/as.

A Portaria define como princípios norteadores das ações de promoção à saúde: 1) multideterminação da saúde: compreendida como fenômeno decorrentes de diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais; 2) abordagem biopsicossocial: desenvolvida por equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar, valorizando os diferentes saberes e considerando os múltiplos fatores que influenciam a condição de saúde do/a trabalhador/a em sua relação com o trabalho; 3) interdisciplinaridade; 4) gestão participativa no desenvolvimento das ações: estabelecimento de espaços coletivos que promovam a participação dos/as servidores/as em todas as etapas do processo de atenção à saúde; 5) ambientes de trabalho saudáveis: não baseado numa concepção de ausência de doença, mas que atue sobre os determinantes de saúde de forma a produzir saúde nos

ambientes e condições de trabalho; 6) relação entre à saúde e gestão de pessoas: a promoção à saúde deve ser reconhecida como uma estratégia fundamental das políticas de gestão de pessoas, buscando integrar trabalho e saúde e a indissociabilidade entre atenção e gestão; e 7) humanização na atenção à saúde.

Propõe-se, conforme a Portaria Normativa Nº. 3, que as ações de promoção à saúde contemplem abordagens coletivas que possibilitem a modificação de hábitos individuais e culturas organizacionais, favorecendo os espaços de convivência e de produção de saúde. No planejamento e execução das ações serão priorizadas as seguintes áreas: saúde do adulto, saúde bucal, saúde do homem, saúde da pessoa idosa, saúde mental, saúde da mulher, saúde das pessoas com deficiência e saúde ocupacional. Também são sugeridos os seguintes temas para o cuidado em saúde do/a servidor/a: alimentação saudável, cuidado integral em saúde, desenvolvimento de habilidades sociais e do trabalho, envelhecimento ativo, educação e preparação para a aposentadoria, gestão integrada de doenças crônicas e fatores de risco, mediação de conflitos, prática corporal e atividade física, prevenção da violência e promoção à cultura de paz, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, valorização da diversidade humana, prevenção de acidentes de trabalho e intervenção nos ambientes e processos de trabalho com vistas à prevenção de doenças, agravos e acidentes ocupacionais.

3.3 - Assistência à saúde

No eixo “assistência à saúde” a PASS preconiza o desenvolvimento de ações voltadas à reparação do estado de saúde, visando manter ou restabelecer a saúde ou minimizar os danos decorrentes de enfermidades ou de acidentes. Nesse contexto, há a necessidade de serviços articulados em rede, com suporte laboratorial e hospitalar capazes de responder à demanda. A assistência à saúde, no âmbito da administração pública federal, pode ser realizada em articulação com o SUS e/ou pela oferta do benefício da saúde suplementar (BRASIL, 2010).

O benefício de saúde suplementar, regulamentado pela Portaria Normativa SRH Nº 3, de 30 de julho de 2009, é destinado a servidores/as ativos/as, inativos/as, seus dependentes e pensionistas. O benefício garante que os gastos com a assistência à saúde do/a servidor/a e seus dependentes sejam compartilhados com a administração pública

federal, mediante ressarcimento para os/as servidores/as que tenham optado por convênio.

Esse benefício foi transformado em despesa orçamentária obrigatória e visa uma cobertura equânime, de modo que os/as servidores/as com menores salários e maior idade recebem um *per capita* maior do governo do que aqueles/as com maiores salários e mais jovens²⁵. A regulamentação desse benefício permitiu isonomia entre os/as servidores/as públicos/as dos órgãos que compõem o SIPEC, uma vez que algumas instituições garantiam o acesso a esse benefício – mesmo sem padronização na concessão dos valores – e outras não (BRASIL, 2010).

A Portaria Normativa SRH Nº 3/2009 determina que as operadoras de planos de saúde devem oferecer cobertura mínima do rol de procedimentos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS).

A PASS propõe que a equipe de profissionais das unidades SIASS, quando necessário, faça articulação com a rede de saúde – pública, privada ou conveniada – acessada pelo/a servidor/a e oferte acompanhamento aos/às servidoras/es afastados/as por motivo de saúde. Também indica-se o estabelecimento da referência e contrarreferência na atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Segundo Silva (2013) para a execução da assistência à saúde, no âmbito da PASS, “o Estado recorre à participação do servidor no fundo, por se tratar de um benefício compartilhado e convoca também o SUS” (p. 116). Entretanto, a autora pontua que ao incorporar o sistema público e privado – este último por meio do benefício de saúde suplementar – o Estado incorpora no seu aparelho políticas privatistas, ao destinar recursos para previdência e planos de saúde da iniciativa privada. Também analisa que tal fato pode representar a correlação de forças antagônicas – interesses sociais e políticos – que permeiam a construção dessa Política.

A assistência à saúde do servidor contribui para o financiamento e crescimento do mercado privado da saúde, em que a maior parcela de contribuição (2/3) sai do bolso do servidor. O Estado, enquanto regulador das ações e políticas públicas, estabelece parceria na mercantilização de assistência à saúde ao servidor público (SILVA, 2013, p. 119).

O Relatório do I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor, realizado em 2008, já problematizava a possibilidade de concessão desse benefício:

²⁵ A Portaria Conjunta SRH/SOF Nº. 1, de 29 de dezembro de 2009, estabelece os valores dos benefícios da saúde suplementar relacionando idade e remuneração.

Cabe por fim destacar que o financiamento de planos de saúde para os servidores federais, com recursos públicos, encontra resistência em setores que defendem o SUS como sistema de saúde universal para todos os brasileiros, inclusive para os servidores públicos. Estes setores consideram haver uma contradição entre o Estado prestador de serviços, que constrói políticas públicas para toda a população, e o Estado empregador que opta por financiar planos de saúde privados (BRASIL, 2008, p.8).

Para elucidar essa questão, trago como exemplo um estudo realizado por Silva (2013) sobre a atenção à saúde dos/as servidores/as da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), no qual foi constatado que, em 2009, quase 70% dos/as servidores/as da UFAL eram filiados/as ao Plano Geap Saúde – Fundação de Seguridade Social. A autora aponta que o Estado repassa à rede privada a responsabilidade de assistência à saúde dos/as servidores/as públicos/as.

3.4 - Saúde mental

A saúde mental perpassa todos os eixos de atuação da PASS: perícia em saúde; vigilância e promoção à saúde; e assistência à saúde. A Portaria SRH Nº. 1.261, de 05 de maio de 2010 regulamenta a atuação em saúde mental no âmbito da PASS.

De acordo com a Portaria Nº. 1.261, os procedimentos em saúde mental terão como princípios norteadores: 1) a consonância com as políticas públicas de saúde mental e de saúde do/a trabalhador/a, considerando os pressupostos nacionais – formulados pelo Ministério da Saúde – e as recomendações dos organismos internacionais – como a Organização Mundial da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Internacional do Trabalho – respeitando a realidade local; 2) os princípios humanitários e éticos de igualdade, equidade e não discriminação, do direito à privacidade e à autonomia individual, da abolição do tratamento desumano e degradante, garantindo o tratamento adequado; 3) a construção de parcerias e redes, em um sistema integrado de referência e contrarreferência de atenção psicossocial, possibilitando expansão de ações e potencialização de resultados; 4) a interlocução com a sociedade civil organizada atuante em saúde mental; 5) a participação de gestores/as, servidores/as e seus/suas representantes na elaboração e execução das ações; 6) a priorização de estratégias coletivas para o enfrentamento dos problemas relacionados à saúde mental dos/as trabalhadores/as, monitorando riscos ambientais e considerando indicadores de saúde dos servidores/as, bem como promovendo ações educativas; 7) a atuação em equipe

multiprofissional nas unidades do SIASS, garantindo um atendimento interdisciplinar e uma abordagem transdisciplinar; 8) a intersectorialidade dos órgãos e serviços, integrando ações nas áreas de promoção, prevenção, assistência e reabilitação profissional; e 9) o desenvolvimento de programas de formação, capacitação e supervisão contínuos para os/as profissionais dos/as serviços de saúde, gestores/as e servidores/as que atuam na área de saúde do/a trabalhador/a.

As ações em saúde mental no contexto da PASS podem ser desenvolvidas por meio de três eixos: “promoção à saúde”, “assistência terapêutica” e “reabilitação”. A promoção da saúde é definida como ações voltadas para a melhoria das condições e relações de trabalho, que possam contribuir para a ampliação do conhecimento, o desenvolvimento de atitudes e de comportamentos individuais e coletivos para a proteção da saúde no local de trabalho. Inclui-se na promoção de saúde a prevenção a agravos, compreendida como ação antecipada que objetiva evitar danos à saúde do/a servidor/a em decorrência de fatores comportamentais, do ambiente e/ou do processo de trabalho.

A assistência terapêutica é compreendida como o conjunto de práticas voltadas ao atendimento de demandas de saúde mental e atenção psicossocial dos/as servidores/as, realizadas por equipe multiprofissional. E entende-se por reabilitação as ações e intervenções que objetivam contribuir com a reestruturação da autonomia da pessoa nas suas dimensões física, mental, social e afetiva, integrando-a nos diferentes espaços da sociedade, inclusive no espaço laboral.

No eixo “promoção à saúde mental” são preconizadas ações baseadas em informações epidemiológicas, considerando as especificidades das pessoas contempladas. Também sugere-se a identificação nos locais de trabalho dos fatores envolvidos no adoecimento mental, assim como, o mapeamento dos locais e dos tipos de atividades laborais desenvolvidas. Essas informações podem contribuir para uma compreensão da relação sofrimento psíquico e trabalho. Sugere-se que, caso a equipe de saúde identifique riscos à saúde mental nos ambientes e processos de trabalho, sejam propostas medidas de intervenção na organização do trabalho.

A Portaria Nº. 1.261 define que as ações fundamentem-se numa concepção ampliada de saúde mental, integrada à saúde física e ao bem-estar socioeconômico. Determina também a inclusão e o respeito à pluralidade cultural, religiosa, de gênero, de orientação sexual, de cor/raça/etnia, de habilidade física e/ou intelectual, de classe e idade/geração. A promoção à saúde mental deve promover o combate ao estigma das pessoas com sofrimento psíquico, desenvolvendo orientação nas instituições e

fortalecendo os vínculos entre os/as servidores/as, seus/suas familiares, na sua comunidade e no trabalho.

Propõe-se que os/as servidores/as em sofrimento psíquico tornem-se parceiros/as no planejamento do tratamento, na constituição de redes de apoio e integração social. Quando necessário deve haver o estabelecimento de ações intersetoriais e a articulação com a rede pública de saúde e/ou rede conveniada. Também preconiza-se a promoção ao desenvolvimento humano e o incentivo de adoção de uma vida saudável.

A equipe de saúde pode promover ações integradas com as instituições e nos locais de trabalho, desenvolvendo programas de promoção da qualidade de vida – inclusive no horário de trabalho – e disponibilizando espaços terapêuticos nos ambientes de trabalho. Também podem ser realizadas, caso necessário, intervenções nas situações de conflito vivenciadas, buscando soluções dialogadas, assim como, propor a constituição de comissões de ética, onde não existirem, como instâncias de mediação no âmbito institucional. Sugere-se ainda o desenvolvimento de ações de promoção à saúde mental nos Programas de Preparação à Aposentadoria (PPA).

No eixo “assistência terapêutica” são preconizadas ações de atenção psicossocial realizadas por equipe multiprofissional, integrando saberes e práticas em torno de um conhecimento transdisciplinar. Determina-se que as unidades do SIASS ofereçam apoio e suporte aos processos terapêuticos do/a servidor/a, por meio de atendimentos individuais e coletivos, promovendo a autonomia e a inserção laboral. A Portaria N°.1.261 também sugere a valorização do atendimento em grupo como espaço de troca de experiências subjetivas, sendo, entretanto, garantido o sigilo.

Deve ser assegurada a assistência terapêutica ao/à servidor/a em sofrimento psíquico, identificando e estabelecendo mecanismos eficientes de referências e contrarreferências, com o apoio e a orientação da família do/a trabalhador/a. É importante que as unidades do SIASS construam parcerias com a rede de atenção psicossocial do SUS – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou outros serviços de saúde mental – ou se articulem com a rede privada e/ou conveniada acessada pelo/a servidor/a. Propõe-se que o acompanhamento psicossocial dos/as trabalhadores/as seja realizado por meio de projetos terapêuticos que respeitem as especificidades de cada pessoa e sua relação com o trabalho.

A equipe de saúde pode realizar visitas domiciliares e/ou nos locais de trabalho para compreensão ampla do contexto familiar, social e laboral. Quando necessário, sugere-se, o desenvolvimento de intervenções nas situações de conflito vivenciadas por

pessoas em sofrimento psíquico no seu local de trabalho, buscando uma resolução pelo diálogo. Define-se também que a atuação sobre os fatores de risco e proteção associados ao abuso de álcool e outras drogas deve ser baseada na política de saúde mental e na estratégia de redução de danos referendada pelo Ministério da Saúde.

No eixo “reabilitação” preconiza-se a criação de grupos de readaptação, ressocialização, apoio terapêutico e reinserção nos locais de trabalho. De acordo com a Portaria Nº.1.261, a reabilitação tem como objetivo diminuir ou eliminar as limitações vivenciadas pelo/a servidor/a para o exercício de suas atividades laborais, respeitando e considerando suas singularidades. É importante haver sensibilização nas organizações para o acolhimento dos/as trabalhadores/as no retorno ao trabalho. Sugere-se que a reinserção do/a servidor/a valorize sua capacidade laborativa e seus interesses. Também é proposto o estímulo de intervenções terapêuticas não medicalizantes e que considere a saúde mental para além do acometimento de psicopatologias e transtornos mentais.

Diante de tudo o que foi discutido sobre a PASS, destacamos que as políticas de saúde, assim como as demais políticas públicas, expressam os projetos de governo e a correlação de forças políticas e econômicas que ocupam o poder. A PASS insere as questões de saúde e segurança do trabalho no contexto da administração pública federal, compreendendo o governo federal como empregador e promotor de políticas que visem à melhoria das condições de saúde nos ambientes e processos de trabalho. Ela também representa a consolidação de um projeto unificado de assistência e promoção à saúde do/a servidor/a público/a federal, com diretrizes específicas que contemplam a organização dos sistemas e serviços, bem como, a destinação dos recursos financeiros.

De acordo com Andrade et. al. (2012) no processo de construção da PASS houve:

a decisão política de construir-se o sistema e a sua base legal de forma participativa, compartilhada e universal, buscando (re)significar a relação trabalho, saúde e ambiente a partir da implantação de um modelo de atenção, fundamentado na integralidade das ações e na participação e controle social (p. 147).

Para Silva (2013), até a constituição da PASS, “não havia uma política de saúde que contemplasse as especificidades e necessidades dessa categoria social, que compõe a força de trabalho do Estado brasileiro. Inexistia, nesse sentido, qualquer política de saúde, emanada pelo Estado, para a universalidade dos servidores públicos federais” (p. 23). A autora aponta ainda que “a PASS está sendo desenvolvida no território nacional na tentativa de uniformizar as ações e os instrumentos legais, proporcionando o tratamento equânime, respeitadas as peculiaridades institucionais, locais e regionais” (p. 167).

Apesar de toda a construção coletiva da PASS feita por meio da participação ativa de diversos/as atores/atrizes sociais e agentes institucionais e dos avanços significativos dos recursos legais para a implementação de um modelo de atenção à saúde dos/as servidores/as públicos/as federais, atualmente muitos serviços restringem sua atuação às atividades de perícia médica (MARTINS et. al., 2017). Silva (2013) aponta que:

Explicitamente, é visível que, apesar dos três eixos que fazem a PASS, o que mais centraliza esforços do MPOG/SRH/COGS, são as ações de implementação das perícias oficiais em saúde, principalmente quanto ao controle das licenças/afastamentos e aos gastos com seguridade social do servidor (p.180).

De acordo com Zanin et. al. (2015), a PASS, uma vez que fica sob a administração do MPOG²⁶ – e não do Ministério da Saúde ou do Ministério do Trabalho – pode ter um viés meramente administrativo e economicista. Segundo os autores, “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 própria do século XIX” (p. 92). Por outro lado, Carneiro (2006) indica que “as questões relativas à saúde do servidor dizem respeito à política de gestão de pessoas, não é uma ação de saúde do Estado promotor de políticas públicas e sim uma ação do Estado empregador que tem responsabilidades trabalhistas para com seus empregados” (p. 02). O autor afirma ainda que “não vincular saúde do servidor com a área de gestão de pessoas pode contribuir com a falta de compreensão da questão saúde do servidor pelo gestor e reduzir a problemática a uma questão de assistência médica ou avaliação da capacidade laboral” (p. 03).

Para Bizarria et. al. (2016), mesmo com todo o potencial dos mecanismos presentes na PASS, ainda há muitos desafios para sua consolidação, em virtude da cultura de assistência fragmentada e individualizada. A PASS também sugere a possibilidade das ações interdisciplinares retirarem a perícia médica do isolamento em que se encontra atualmente, integrando-a com ações de assistência, prevenção e promoção de agravos à saúde, tornando-a mais humanizada. É sugerida, ainda, uma perspectiva participativa e multidimensional com atitudes que intervenham sobre os determinantes da saúde do/a servidor/a no seu ambiente de trabalho, rompendo com o modelo assistencialista e de medicalização de sintomas (BRASIL, 2008). De acordo com Andrade et. al. (2012):

O princípio da saúde integral do trabalhador invoca o direito à saúde no seu sentido irrestrito da cidadania plena. Na prática, se traduz em ações

²⁶ Atual MPDG.

que incluem a promoção, a prevenção e a assistência, a serem executadas de forma integrada e sempre com o objetivo do alcance da saúde integral do trabalhador, através de uma abordagem interdisciplinar e intersetorial. Inclui-se, assim, uma ação de articulação com ampla e efetiva participação de trabalhadores, de técnicos e pesquisadores, de instituições de ensino, de representantes sindicais, de serviços, da sociedade civil organizada e de outros atores institucionais e sociais. É importante que, dessa forma, seja forjada uma aliança tácita, no sentido de conseguir do Estado uma política coerente com as reais demandas (p. 140).

Martins et. al. (2017) afirmam ser necessário “uma maior articulação com os princípios que orientam a saúde dos trabalhadores, como integralidade, interdisciplinaridade e participação destes com o desenvolvimento de ações de vigilância e assistência e com foco na prevenção e promoção da saúde” (p. 1437). Os autores também apontam que no âmbito da gestão alguns desafios ainda precisam ser superados, tais como: apoio para a implementação da PASS no que diz respeito à estrutura física e à disponibilização de profissionais; aprimoramento do SIAPE Net-Módulo Saúde; formação e capacitação das equipes interdisciplinares do SIASS; investimento nas ações de atenção à saúde mental e integração entre as unidades SIASS.

De acordo com Martins et. al. (2017), há muito o que avançar no âmbito da PASS, sendo necessário também a ampliação do diálogo entre as políticas de Saúde, Trabalho e Gestão. Para Silva (2013) a transversalidade e a intersetorialidade são desafios postos na implantação da PASS, os quais podem viabilizar uma proposta de atenção à saúde baseada na integralidade, superando a fragmentação e a desarticulação das ações. A autora propõe a interface com outros Ministérios – Trabalho, Previdência Social, Saúde, Planejamento, Meio Ambiente, entre outros – e com outros setores – por exemplo, transporte, habitação e segurança – considerando as condições de saúde e de vida do/a servidor/a público/a federal.

Outro ponto importante abordado por Silva (2013) diz respeito à necessidade de fortalecimento da participação ativa dos/as trabalhadores/as na implementação e desenvolvimento da PASS.

Uma política de saúde do trabalhador, verdadeiramente democrática, integral e socialmente justa, só se dará com a participação do servidor no controle dos fundos, com o seu conhecimento e participação nas avaliações dos processos de trabalho. Assim, poderá se realizar uma PASS em seus interesses e totalidade, pois, para haver saúde do trabalhador, faz-se necessário a participação dos trabalhadores, dos dirigentes – democraticamente – da equipe de profissionais de saúde e da decisão do Estado que priorize essa política (p. 149).

É necessária uma construção coletiva com participação dos/as vários/as atores/atrizes envolvidos/as. Convida-se para a compreensão das diversas relações presentes no processo saúde-doença, assim como, das singularidades de cada pessoa e sua inter-relação constante e dinâmica com o meio laboral. Neste sentido, busca-se a elaboração de políticas contínuas que produzam impacto positivo sobre a saúde dos/as trabalhadores/as, lançando olhar para a qualidade de vida nos espaços de trabalho e reafirma-se que a saúde do/a trabalhador/a se faz com a participação dos/as trabalhadores/as (BRASIL, 2008).

CAPÍTULO 4 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 – Construcionismo Social

Esta pesquisa fundamenta-se no construcionismo, compreendendo conhecimento como uma construção social (IBAÑEZ, 2001; GERGEN, 2009; ÍÑIGUEZ, 2002), dialogando com o referencial teórico-metodológico das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos (SPINK, 1999). O construcionismo social não se caracteriza como uma teoria, pois não se propõe a postular verdades por meio de princípios pré-estabelecidos e inquestionáveis. Ele é descrito por Mélo et. al. (2007) como um movimento, uma postura crítica diante do mundo, “no sentido de processos de mudanças e deslocamentos, animação, agitação e vivacidade” (p.27).

Amparando-nos no movimento construcionista, compreendemos a pesquisa científica como prática reflexiva, crítica e social, possibilitando a constituição de uma ciência que não é naturalmente neutra, objetiva e universal. Nesse sentido, aquilo que se considera conhecimento do mundo não é um produto da indução ou da construção e avaliação de hipóteses gerais, rompendo com o paradigma positivista-empirista que se propõe a identificação da realidade de forma descontextualizada e a-histórica (GERGEN, 2009).

A perspectiva construcionista implica a resignificação da relação entre sujeito e objeto, pressupondo a ruptura com a noção naturalizada de dualidade. Essa dicotomia sujeito-objeto fundamenta dois paradigmas: o empirismo e o idealismo. O primeiro baseia-se numa concepção exogênica, a qual o objeto é tomado como determinação última do conhecimento, sendo objetivo da ciência a aproximação cada vez mais precisa aos objetos. O idealismo, por sua vez, a partir de uma perspectiva endogênica, compreende que as categorias de entendimento são constitutivas da mente humana, sendo universais e necessárias para que se chegue ao conhecimento. Para o construcionismo social tanto o objeto quanto o sujeito são construções sociais e históricas.

O movimento construcionista põe em dúvida “a verdade através do método”. As ciências têm estado empenhadas na aplicação de um método rigoroso capaz de acessar fatos incontestáveis, como se eles já estivessem “dados” e “prontos”, só esperando para serem “descobertos” e “nomeados” (GERGEN, 2009). No entanto, segundo Mary Jane Spink (1999) “o modo como acessamos a realidade institui os objetos que constituem esta mesma realidade. Dito de outra forma, a realidade não existe independente do nosso modo

de acessá-la” (p.76). A própria noção de objetividade é construída a partir de critérios definidos numa coletividade científica a partir de um processo intersubjetivo (BERNARDES; SANTOS; SILVA, 2015). Nesse sentido, o construcionismo social configura-se como um desafio às premissas tradicionais do conhecimento, pois questiona a produção do conhecimento – dito – científico como um resultado de uma aplicação impessoal de regras metodológicas descontextualizadas e indica que a construção do conhecimento é realizado por pessoas em intercâmbio ativo e compartilhado (GERGEN, 2009).

A perspectiva construcionista nos convida a questionar os conhecimentos dados como instituídos, sólidos e imutáveis. Assim como, inquieta-nos com a ideia do mundo dado por assente, seja na ciência ou na vida cotidiana. O construcionismo também nos leva a indagar o conhecimento traduzido como representação mental. Conhecimento não é aquilo que as pessoas têm em algum lugar na cabeça, mas são construídos nas relações, na linguagem, sendo essas, práticas sociais:

Os termos com os quais entendemos o mundo são artefatos sociais, produtos historicamente situados de intercâmbios entre as pessoas. Do ponto de vista construcionista, o processo de compreensão não é automaticamente conduzido pelas forças da natureza, mas é o resultado de um empreendimento ativo, cooperativo, de pessoas em relação. Sob este enfoque, a investigação é atraída às bases históricas e culturais das várias formas de construção do mundo (GERGEN, 2009, p. 303).

A partir dessas reflexões, o construcionismo social tem implicações no antiessencialismo e no anti-realismo. O primeiro está relacionado à crítica da existência de uma essência interior das coisas, a qual determina e explica o que são essas coisas. O anti-realismo pauta-se na crítica à concepção de que o conhecimento é produzido por uma apreensão direta da realidade, a qual existe independente de nossa percepção e pode ser acessada por meio de determinados procedimentos capazes de revelar a verdadeira natureza do real. A perspectiva construcionista destaca o processo de construção do mundo social e de construção do conhecimento gerado por relações sociais, mediadas pela linguagem, a qual é uma forma de ação no mundo, é uma prática social.

De acordo com Spink e Medrado (2013):

Adotar a postura construcionista implica, invariavelmente, abdicar da epistemologia tradicional que difere interno-subjetivamente de externo-objetivo-mundo. O conhecimento, nessa perspectiva, não é nem uma interiorização dos processos sociais nem a exteriorização dos processos psicodinâmicos. O foco do construcionismo é a interanimação dialógica, situando-se,

portanto, no espaço da interpessoalidade, da relação com o outro, esteja ele fisicamente presente ou não (p. 40).

Isso implica romper com a concepção de “mente como espelho da natureza” (Rorty, 1994), numa visão representacional do conhecimento. Conhecimento não é algo que se possui, mas que se constrói coletivamente. Na perspectiva construcionista também argumenta-se que as palavras não descrevem a realidade, fundamentando-se na neutralidade e objetividade científica, pois o uso das palavras é produzido pelo contexto linguístico. As diferentes descrições e explicações sobre o mundo constituem, elas próprias, formas de ação social e compõem modelos sociais. Elas produzem e sustentam a inclusão de certos “padrões” e excluem outros. Alterar descrições e explicações é, portanto, desafiar certas ações e propor outras (GERGEN, 2009).

Essas descrições e explicações compartilhadas, instituídas como “verdadeiras”, sustentam determinadas formas de viver e agir no mundo, determinadas instituições e tradições. Cada descrição é resultante de convenções locais, pois está inserida em determinado contexto histórico, social e cultural. Nesse sentido, a manutenção de determinadas tradições está relacionada ao processo contínuo de produção de sentido, de uma comunidade que constrói determinadas formas de vida, que utiliza vocabulários específicos, que privilegia práticas definidas e promove valores particulares. A linguagem não reflete um mundo independente, mas o constrói a todo momento (RASERA; JAPUR, 2005).

O conhecimento é compreendido como uma circulação da linguagem em uso no cotidiano e, neste sentido, o ato de conhecer relaciona-se à linguagem (SPINK; MENEGON, 2013). A pesquisa, amparando-se no movimento construcionista social, reflete os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo em que vivem, incluindo-se a si mesmas (GERGEN, 2009). Assim, abre-se a possibilidade para uma multiplicidade de formas de descrição do mundo, não concebendo “verdades universais”, mas produzindo conhecimento culturalmente e historicamente situado. Considerar a historicidade na construção do conhecimento possibilita o entendimento de que “esses são configurados na história da sua produção, nas tradições, nos modos de vida da sociedade e, portanto, não podem ser considerados naturais” (MÉLLO et. al., 2007, p. 28).

A perspectiva construcionista provoca-nos a um processo de desfamiliarização com determinadas concepções profundamente arraigadas na nossa cultura. Spink e Frezza

(1999) pontuam que preferem a utilização do termo “desfamiliarização” a “desconstrução”, uma vez que dificilmente conseguiremos “des-construir” o que foi construído. Segundo as autoras, “criamos espaço, sim, para novas construções, mas as anteriores ficam impregnadas nos artefatos da cultura, constituindo o acervo de repertórios interpretativos disponíveis para dar sentido ao mundo” (p. 10). Assim, podemos desnaturalizar e problematizar a instituição de conceitos como “normalidade” e “anormalidade”, “saúde/doença mental”, “loucura”, dentre outros, compreendendo os efeitos que essas construções podem produzir.

Segundo Gergen (2009) se pensarmos as teorias psicológicas numa perspectiva construcionista, iremos problematizar toda teorização e conceitos considerados como “refletores de uma realidade interna”. Para o autor “as crenças normalizadas convertem-se em alvos de desmistificação e a ‘verdade’ sobre a vida mental se apresenta como curiosa” (p. 312), no sentido de ser questionada.

De acordo com Íñiguez (2002), “(...) qualquer conhecimento, da natureza que for, sempre deve ser visto como o resultado de um contexto histórico e cultural, deve-se analisar sua eficácia, função e utilidade no contexto, em vez de entendê-lo como um conhecimento universal” (p. 129). Assim, o construcionismo nos leva a problematizar a instituição de uma descrição única do “real” apreendida por meio de um conjunto específico de teorias que se pretendem verdadeiras e superiores. Provoca-nos, também, a questionar os modelos de produção de conhecimento que mantém a centralidade do método, compreendido como meio de acessar a verdade, estabelecendo-se critérios de veracidade. Os critérios utilizados para o estabelecimento do “status de cientificidade” devem ser vinculados a definições historicamente situadas sobre o que vem a ser ciência.

Para Gergen (2009):

Por causa da dependência inerente dos sistemas de conhecimento em comunidades de inteligibilidade compartilhada, a atividade científica será sempre em grande medida governada por regras normativas. Entretanto, o construcionismo convida os praticantes a verem estas regras situadas histórica e culturalmente – sujeitas, portanto, à crítica e à transformação. Pode haver estabilidade do conhecimento sem o embrutecimento do fundacionalismo (p. 317).

Vale pontuar que a perspectiva construcionista ao propor um contínuo questionamento acerca de noções naturalizadas ao longo do tempo, também remete essa crítica para si, implicando num movimento constante de refletir sobre conceitos e posicionamentos construídos, para que as problematizações promovidas pelo próprio

movimento não sejam naturalizadas ou tomadas como verdades universais (MÉLLO et. al., 2007).

Diante das discussões traçadas, destacamos que amparamos a construção dessa pesquisa na perspectiva construcionista, não nos propondo a postular “verdades”, mas compreendendo a produção do conhecimento como uma prática social que deve ser ética e politicamente implicada.

4.2 – Práticas Discursivas e Produção de Sentidos

Como dito no tópico anterior a linguagem é uma prática social que produz efeitos. Ela não apenas descreve o mundo, mas o constitui. Essa concepção de que a linguagem constrói versões de mundo está relacionada ao conceito de performatividade proveniente dos estudos de John Austin (1962) sobre os “atos de fala”. Ou seja, falar é fazer, é ação. A linguagem faz coisas e produz “realidades”. As práticas discursivas constituem o foco central de análise na abordagem construcionista, buscando compreender a interface entre os aspectos performáticos da linguagem e as condições de sua produção, percebidas em seu contexto social, interacional e histórico.

Spink e Medrado (2013) fazem distinção entre o conceito de “discurso” e de “práticas discursivas”. Os autores baseiam-se em Bronwyn Davies e Rom Harré (1990) para conceituar o discurso como o uso institucionalizado da linguagem, remetendo às regularidades linguísticas que ocorrem tanto no nível macro dos sistemas políticos e disciplinares, quanto no nível dos grupos sociais. A concepção de discurso também está atrelada a noção de linguagens sociais e gêneros de fala formulados por Mikhail Bakhtin (1929/1995, apud SPINK; MEDRADO, 2013). As linguagens sociais referem-se aos discursos específicos de um determinado grupo social situado num contexto histórico – como por exemplo, um grupo etário – e os gêneros de fala correspondem às formas mais ou menos estáveis de enunciados, que buscam coerência com o contexto, o tempo e os/as interlocutores/as. Os gêneros de fala estão relacionados às convenções sociais que são construídas e que seguem certa prescrição e regras linguísticas, como por exemplo, num enterro convém – socialmente – pronunciar o enunciado “meus pêsames” e não “meus parabéns”.

O discurso focaliza, portanto, a regularidade e os processos de institucionalização dos enunciados. Como por exemplo, o discurso médico hegemônico em torno de diversos temas. As práticas discursivas, por sua vez, “remetem aos momentos de ressignificações,

de rupturas, de produção de sentido, ou seja, corresponde aos momentos ativos do uso da linguagem, nos quais convivem tanto a ordem como a diversidade” (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 26).

As práticas discursivas são, portanto, definidas como linguagem em ação, como as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentido e se posicionam em relações sociais cotidianas. Os enunciados orientados por vozes constituem os processos de interaminação dialógica que se processam numa conversação. Os enunciados têm, portanto, endereçamentos e seus/suas interlocutores/as se interanimam mutuamente e dialogicamente (SPINK; MEDRADO, 2013).

Os enunciados são definidos por Bakhtin (1994, apud SPINK; MEDRADO, 2013) “como expressões (palavras e sentenças) articuladas em ações situadas, que, associados à noção de vozes, adquirem seu caráter social” (p. 26). As vozes são compreendidas como diálogos, negociações que se processam na produção de um enunciado. Um enunciado pode ser permeado por muitas vozes que constituem práticas discursivas. Os enunciados podem ser paradoxais, ou seja, podem pertencer concomitantemente à ordem das regularidades – permitindo perceber as permanências que sustentam o compartilhamento – e à da polissemia dos repertórios, que ampara a singularidade dos processos de produção de sentido (SPINK; MEDRADO, 2013).

As práticas discursivas, em seu caráter performático, constitui ações e produzem efeitos. “Implicam ações, seleções, escolhas, linguagens, contextos, enfim, uma variedade de produções sociais das quais são expressão. Constituem, dessa forma, um caminho privilegiado para entender a produção de sentido no cotidiano” (SPINK; FREZZA, 2013, p. 20).

Para Spink e Medrado (2013) a produção de sentidos não corresponde a uma atividade intraindividual e não se configura como uma reprodução de modelos predeterminados. O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo e interativo, “por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta” (p. 22). A construção de sentido é, portanto, uma prática social, dialógica e que implica a linguagem em uso. Assim, busca-se compreender as práticas discursivas presentes no cotidiano – narrativas, argumentações, conversas, dentre outras – bem como, os repertórios utilizados nessas produções discursivas.

As práticas discursivas são constituídas por repertórios linguísticos, os quais são definidos por Spink (2004) como o conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades de construções de sentidos. Os repertórios linguísticos são construídos de acordo com o contexto histórico e social. Compreender essas dimensões contribui para o entendimento de como são construídos conceitos utilizados para dar sentido ao mundo e nos permite perceber como versões de realidade são produzidas. Os repertórios linguísticos compõem as práticas discursivas, assim como, os enunciados e os gêneros de linguagem (SPINK; ARAGAKI; PIANI, 2014).

Outro conceito importante para o estudo das práticas discursivas é a noção de “posicionamento”. Segundo Spink e Medrado (2013) “posicionar-se implica navegar pelas múltiplas narrativas com que entramos em contato e que se articulam nas práticas discursivas” (p. 36). As práticas discursivas permitem perceber como as pessoas se posicionam ou são posicionadas, em relação a determinados temas ou contextos.

Dar sentido ao mundo é uma prática social que faz parte da nossa condição humana. E essa produção de sentidos se dá no nosso cotidiano, nas relações atravessadas por práticas discursivas que são permeadas por múltiplas vozes (SPINK; MENEGON, 2013). O estudo das práticas discursivas nos permite compreender os jogos de posicionamentos e as relações de poder que perpassam os discursos e suas condições de produção. De acordo com Mélo et. al. (2007):

Dessa forma, cabe questionar como um discurso funciona, o que o tornou possível, que efeitos reverberam. Nesse caminho, entram em jogo saberes e poderes que, em conjunto, ativam regimes de verdade e posições de “sujeito”. Sendo assim, não há verdades ou discursos que não estejam ligados às inúmeras condições (enunciados, posicionamentos, instituições...) que os fazem funcionar (p. 29).

Na perspectiva do referencial teórico-metodológico das práticas discursivas e produção de sentidos a pesquisa é concebida como uma prática social, como qualquer outra. A pesquisa é uma atividade de produção de sentidos perpassada pela interanimação de muitas vozes, as quais podem estar espacial ou temporalmente distantes. Assim, a interanimação dialógica não se dá apenas numa conversação, mas também entre autores/as, textos, dentre outros (SPINK, 2000).

Para a construção dessa pesquisa e para a análise das informações acerca das concessões de licenças para tratamento da saúde no IFAL – as quais serão apresentadas posteriormente – traçamos diálogos com textos e com pesquisas realizadas – e publicadas

– que discutem o processo saúde-doença e sua relação com o trabalho. Assim como, traçamos discussões a partir de conversas que surgiram no cotidiano e que refletem problematizações em torno da temática abordada. Ressalto que a minha inserção no IFAL não se deu apenas como pesquisadora, no entanto, também sou servidora da instituição. No cotidiano do trabalho emergiram situações e conversas que estão relacionadas ao assunto de interesse da pesquisa – ou seja, a saúde e o adoecimento dos/as trabalhadores/as do IFAL –, as quais foram trazidas para essa dissertação e traçados diálogos com textos e autores/as.

Diante disso, é importante apresentar outro conceito no qual esta pesquisa se ampara: o “campo-tema”. A noção de campo-tema, proposta por Peter Spink (2003), aponta que o campo não é um lugar fisicamente determinado e delineado, mas se refere à processualidade de temas situados. O campo-tema caracteriza-se como um complexo de redes de sentidos que se interconectam. Bernardes, Santos e Silva (2015) ao dialogar sobre o conceito de campo-tema afirmam que “o campo não é um lugar específico, delimitado, separado e distante. Ele é o próprio movimentar-se na rede de sentidos que se interconectam e agregam artefatos de todos os tipos, que podem iniciar em qualquer lugar e a qualquer momento durante a pesquisa” (p.24).

Isso implica não considerar o/a pesquisador/a como um/a observador/a distante que vai a campo coletar dados que serão depois analisados. Os lugares fazem parte do campo tanto quanto as conversas, textos, documentos, dentre outros. O campo-tema agrega inclusive as conversas que são produzidas no cotidiano e não apenas as que acontecem em hora e local determinado, mediadas pelo/a pesquisador/a e registradas com blocos de anotações ou gravadores. Assim, estar num campo-tema pode contribuir para trazer outras vozes para o debate (P. SPINK, 2003).

O campo é o argumento no qual estamos inseridos/as, com suas múltiplas faces e materialidades, que ocorrem em diversos lugares. Estamos inseridos/as no campo-tema desde o momento em que escolhemos trabalhar com tal tema. É um processo de construção que se desenvolve na aproximação com o tema, permitindo um debate constante, sem limites ou fronteiras geograficamente determinadas (P. SPINK, 2003).

No contexto de produção dessa pesquisa, a minha inserção no campo-tema se deu a partir da aproximação: com textos, autores/as e documentos que abordam a relação saúde-doença e trabalho e, mais especificamente, no âmbito do serviço público federal; com as informações acerca do adoecimento no IFAL – que serão detalhadas

posteriormente; e no cotidiano do trabalho do IFAL a partir do meu lugar não apenas de pesquisadora mas também de trabalhadora.

4.3 - Construção das informações

De acordo com Spink e Lima (1999) explicitar e dar visibilidade aos procedimentos utilizados para construção e interpretação das informações configura-se como um rigor metodológico – ressignificando a centralidade do método – e uma postura ética no fazer científico. Para as autoras “a ciência é uma prática social e, como em qualquer forma de sociabilidade, seu sucesso e legitimação estão intrinsecamente associados à possibilidade de comunicação de seus resultados” (p. 71). A comunicação – ou o diálogo – na produção do conhecimento implica a explicitação dos passos para a construção das informações e da análise dos resultados. A partir dessas considerações, discorrerei sobre o percurso realizado para a construção dessa pesquisa.

Para a construção das informações da pesquisa, inicialmente, realizei contato com uma das psicólogas que atuava na unidade SIASS que atendia o IFAL e as outras 9 instituições mencionadas²⁷. Conversei com ela sobre a minha pesquisa e do meu interesse em conhecer o trabalho do SIASS e os dados referentes às licenças para tratamento de saúde dos/as servidores/as da instituição. Após esse contato inicial e, por meio da articulação com essa profissional, realizei uma primeira visita ao SIASS. Na ocasião, conversei com a coordenadora da unidade, apresentei a ela os objetivos da minha pesquisa e solicitei autorização para acessar informações referentes à saúde do/a trabalhador/a do IFAL. A autorização foi realizada por meio de diálogo e formalizada por meio da assinatura de um Termo de Autorização para a realização da pesquisa.

Spink (2000) propõe a construção de pesquisas baseando-se na ética numa perspectiva dialógica, a qual vai para além da ética prescritiva que se configura como uma mera reprodução do que está preconizado nos códigos de ética. A pesquisa na perspectiva da ética dialógica tem como uma de suas propostas o cuidado ético com o consentimento informado. Nesse sentido, a autorização para a realização da pesquisa não é um mero “ritual” concretizado por meio da assinatura de um Termo. Entretanto, sugere-se que esse consentimento seja feito de forma dialogada, abrindo espaço para a discussão dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos que serão utilizados. Partindo dessas

²⁷ Atualmente a psicóloga citada está atuando nova unidade SIASS do IFAL.

considerações, a solicitação para a autorização da realização dessa pesquisa foi feita de forma dialogada, culminando na assinatura do Termo de Autorização.

Após a autorização ter sido realizada, dialoguei com a coordenadora e com mais 4 profissionais sobre as atividades desenvolvidas pelo SIASS. Elas me apresentaram a unidade, falaram um pouco de como os trabalhos da equipe são realizados, explanaram sobre suas dificuldades, desafios e potencialidades. Ao fim da visita, elas me disponibilizaram os dados referentes às concessões de licenças para tratamento de saúde dos/as servidores/as do IFAL, entre os anos de 2012 a 2016, considerando que a unidade foi criada em 2011²⁸. Após essa visita, realizei mais três outras para complementar algumas informações e tirar dúvidas. Ao longo das visitas, fui conhecendo outras profissionais que lá atuam e tive a oportunidade de acessar outras informações. As profissionais da unidade foram solícitas e disponíveis para contribuir com a pesquisa.

Os dados referentes às licenças para tratamento de saúde foram extraídos do SIAPE Net – Módulo Saúde e disponibilizados em 270 folhas impressas. As profissionais que extraíram os dados informaram que não sabem se o sistema permite a disponibilização das informações em formato de planilhas no programa *Microsoft Office Excel* ou no programa *Calc*, do *Libre Office*. Elas também relataram que não receberam capacitação para utilizar o sistema, o que dificulta o trabalho com o mesmo e a realização de pesquisas.

Num primeiro momento, digitei todas as informações contidas nas 270 folhas no programa *Microsoft Office Excel*, agrupando os dados em planilhas de acordo com o ano em que a licença foi concedida. Assim, foram construídas 5 planilhas, uma para cada ano. Em seguida, fizemos gráficos e tabelas de acordo com as possibilidades de análise que as planilhas nos permitiram. A partir disso, construímos informações acerca da quantidade de licenças concedidas, quantidade de dias de afastamento e as patologias apresentadas. Também foi possível realizar uma caracterização dos/as servidores/as contemplados/as pelas licenças com informações acerca da faixa etária, sexo, cargo ocupado e tempo de serviço.

Vale pontuar também que foi solicitada a autorização do IFAL para a realização da pesquisa. O processo de solicitação da autorização também foi iniciado pelo diálogo.

²⁸ O acordo de cooperação técnica que instituiu a criação dessa unidade SIASS foi assinado em 30 de novembro de 2011, conforme informação disponível em: <<https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/mapaBrasil/listarTodasUnidades.xhtml>>. Acesso em: janeiro de 2018. Ressalto também que as informações foram cedidas em janeiro de 2017, por tal motivo, foi definido o período de 2012 a 2016.

Inicialmente, procurei o diretor de gestão de pessoas da Reitoria e conversei com ele sobre a pesquisa, seus objetivos e procedimentos. Ele orientou que eu abrisse um processo, dirigido ao Reitor, solicitando a autorização para a realização da pesquisa. E assim foi feito. O processo de Nº 23041.030783 foi aberto e o Reitor assinou o Termo de Autorização para a realização da pesquisa no âmbito do IFAL.

CAPÍTULO 5 - CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO DA PESQUISA: O INSTITUTO FEDERAL DE ALAGOAS

O Decreto nº. 7.566, de 23 de setembro de 1909, criou as Escolas de Aprendizizes Artífices, as quais tinham como objetivo a oferta do ensino profissional gratuito. Esse fato foi um marco para o início das ações do governo federal direcionadas para a Educação Profissional (SOUZA; SILVA, 2006). Ao longo dos anos, a educação profissional no Brasil passou por várias modificações, estruturas e denominações. Destaco aqui a criação das Escolas Técnicas e Agrotécnicas Federais, em 1959, e os Centros Federais de Educação Tecnológica (CEFET), em 1978. Ambos foram precursores do modelo de educação profissional e tecnológica atual²⁹.

Em 2005, foi instituído o Plano de Expansão da Rede Federal de Educação, o qual possibilitou a expansão e interiorização do ensino profissional e tecnológico no país. E, em 2008, a Lei nº. 11.892 estabeleceu a implantação da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e criou os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia.

Em Alagoas, a constituição do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFAL) se deu por meio da junção entre o Centro Federal de Educação Tecnológica de Alagoas (CEFET/AL) – originário da Escola de Aprendizizes e Artífices, criada em 1909 – e a Escola Agrotécnica Federal de Satuba, criada em 1911. O IFAL consiste num complexo de educação que engloba várias modalidades de ensino da formação básica à pós-graduação e atende a mais de 10 mil estudantes (IFAL, 2014).

O IFAL passou de 02 Campi em 2 municípios, em 2008, para 16 Campi em 15 municípios, em 2016. Cada Campus possui suas particularidades e singularidades relacionadas aos aspectos sociais, culturais e históricos da região na qual está inserido determinando e diferenciando os cursos e modalidades de ensino oferecidos. Tais aspectos garantem pluralidade e heterogeneidade aos Campi.

Em relação ao corpo funcional, o IFAL é composto por docentes³⁰, técnicos/as administrativos/as em educação (TAE)³¹ e funcionários/as terceirizados/as. Entretanto,

²⁹ Informações da Secretaria de Educação Profissional e Tecnologia, do Ministério da Educação. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/centenario/historico_educacao_profissional.pdf>. Acesso em: abril de 2018.

³⁰ Plano de Carreiras e Cargos regulamentado pela Lei Nº. 11.784, de 22 de setembro de 2008 e pela Lei Nº. 12.772, de 28 de dezembro de 2012.

³¹ Plano de Carreira dos Cargos regulamentado pela Lei Nº. 11.091, de 12 de janeiro de 2005.

esses/as últimos/as não têm vínculo empregatício com a instituição, pois a contratação é via empresa que terceiriza a prestação dos serviços. Assim, o vínculo do IFAL é com as empresas prestadoras de serviços terceirizados, via processo licitatório. Atualmente, o Instituto tem contrato de prestação de serviços vigente com cinco empresas, as quais são responsáveis por oferecer serviços terceirizados nas áreas de vigilância, recepção, serviços gerais, manutenção e de motoristas. O vínculo empregatício dos/as funcionários/as terceirizados/as é com essas empresas e é regulamentado/a pela CLT³². Devido a isto, não serão apresentadas informações acerca desses/as funcionários/as.

Em março de 2017, o Instituto era constituído por 1613 servidores/as, sendo 644 do sexo feminino e 969 do sexo masculino. O cargo de docente era ocupado por 964 pessoas, sendo 326 mulheres e 638 homens. Já o cargo de técnico/a administrativo/a em educação era ocupado por 649 pessoas, sendo 318 mulheres e 331 homens³³.

As ações referentes à saúde do/a trabalhador/a no IFAL são realizadas pela Coordenação de Saúde do Servidor (CSS), ligada a Diretoria de Gestão de Pessoas (DGP) da Reitoria e pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS). Na Figura 1 apresento o organograma da Reitoria, na qual está presente a CSS. O SIASS, por sua vez, é ligado ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG).

³² Diversos/as autores/as problematizam a terceirização no serviço público, visto que precariza as relações de trabalho e diminui a garantia de direitos. No que diz respeito à PASS, esses/as profissionais terceirizados/as não estão assegurados/as, uma vez que não possuem vínculo de trabalho com a administração pública federal.

³³ Informações do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE), acessadas e cedidas pela Diretoria de Gestão de Pessoas (DGP) do IFAL, em março de 2017.

Figura 1 – Organograma da Reitoria do IFAL.



Fonte: IFAL, 2014

Em conversa com a/os profissionais que atuam na CSS para conhecer como é a atuação dessa Coordenação no IFAL, identifiquei que a CSS é composta por uma servidora e dois servidores – sendo que um deles exerce a função de coordenador – e é responsável pelo desenvolvimento de atividades administrativas e burocráticas vinculadas: às licenças para tratamento de saúde do/a servidor/a ou familiar – sendo o/a servidor/a acompanhante; às licenças paternidade e maternidade; ao ressarcimento de valores relacionados aos planos de saúde; e à avaliação de processos referentes aos adicionais de insalubridade e periculosidade, bem como, a inserção desses na folha de pagamento.

Além dessas atividades, a CSS tem como objetivo o desenvolvimento de ações voltadas à prevenção de agravos e promoção à saúde no âmbito do IFAL. No entanto, de acordo com a/os profissionais dessa Coordenação, o volume de demandas administrativas e burocráticas somado ao número insuficiente de servidores/as que atuam no setor, dificulta a oferta de ações contínuas voltadas à promoção da qualidade de vida no ambiente e nos processos de trabalho. Eles/a citaram como exemplo a realização dos exames médicos periódicos, os quais são preconizados pela PASS como ações de prevenção de agravos e promoção à saúde. De acordo com os/a profissionais da CSS,

eles/a possuem o desejo de tornar a realização desses exames uma atividade contínua no IFAL. Contudo, não estão conseguindo dar conta dessa demanda – pelos motivos elencados acima, além do fato, desses exames representarem um alto custo para a instituição. Os profissionais da CSS relataram que em anos anteriores abriram um processo para solicitação da realização desses exames com os/as servidores/as, entretanto, houve impedimentos devido ao custo financeiro que tal ação geraria para o Instituto.

Os profissionais da CSS também afirmaram ter o desejo de desenvolver um programa contínuo de qualidade de vida no trabalho no âmbito do IFAL, mas ressaltaram, mais uma vez, que devido à equipe atualmente reduzida e ao volume de demandas administrativas e burocráticas tal projeto ainda não pôde ser efetivado. A CSS realiza algumas ações pontuais voltadas à prevenção de agravos e promoção à saúde dos/as servidores, tais como: atividades de saúde no dia do/a servidor/a público/a³⁴; e parcerias com academias e operadoras de planos de saúde, a exemplo da Aliança Administradora e da Geap Saúde. O convênio com academias se dá por meio de desconto aos/às servidores/as que se matriculam nas academias conveniadas. As parcerias com as operadoras de planos de saúde se dá por meio de: 1) ações pontuais de prevenção de agravos e promoção à saúde ofertadas por essas empresas, como o Circuito Saúde e o Programa Viva Melhor que ocorreram em alguns Campi do IFAL – localizados nas cidades de Maceió e Satuba³⁵; e 2) oferta de consultas médicas, odontológicas e de nutrição aos/às servidores/as que possuem o Plano Geap Saúde³⁶, as quais acontecem na sede da Reitoria.

Destaco algumas reflexões acerca dessas ações pontuais que vêm ocorrendo relacionadas à prevenção de agravos e promoção à saúde no IFAL. Vale refletir sobre o alcance dessas ações, visto que não são desenvolvidas em todos os Campi, mas centram-se na Reitoria, tendo sido realizadas algumas delas no Campus Maceió e no Campus Satuba. Outro ponto a se destacar diz respeito à “privatização” da saúde, ao se terceirizar a responsabilidade pela saúde dos/as servidores/as a empresas privadas por meio de convênios e planos. O IFAL também abre espaço para que as consultas dos/as

³⁴ <https://www2.ifal.edu.br/noticias/atividades-de-lazer-e-saude-preenchem-semana-do-servidor-no-ifal>. Acesso em: junho de 2018.

³⁵ <https://www2.ifal.edu.br/campus/site/satuba-noticias/o-circuito-saude-chega-ao-campus-satuba>. Acesso em: junho de 2018.

³⁶ <https://www2.ifal.edu.br/noticias/servidores-terao-atendimento-medico-nesta-quarta-feira-na-reitoria>; <https://www2.ifal.edu.br/noticias/coordenacao-de-saude-do-servidor-oferta-consultas-odontologicas-na-reitoria>. Acesso em: junho de 2018.

profissionais conveniados aos planos ocorram na sede do Instituto. Essas ações também não têm um alcance efetivo e não é universal, uma vez que se destinam apenas aos/às servidores/as que possuem plano de saúde da Geap. É importante que se promova a reflexão da efetivação de uma política ou programa de prevenção a agravos e promoção à saúde no âmbito do IFAL que seja universal – ou seja, contemple todos/as servidores/as – e que seja de fato pública e gratuita, podendo ser ofertada pela CSS, pelo SIASS ou em parceria com o SUS. É importante também que a instituição ofereça condições adequadas no que se refere à estrutura física, orçamentária e de disponibilização de profissionais para que essas ações sejam realizadas.

Em relação ao SIASS, até 2017 o IFAL participava de um Acordo de Cooperação Técnica para composição de um Comitê Gestor juntamente com outras instituições públicas federais³⁷. Essa unidade SIASS era formada por uma equipe com 18 profissionais de distintas áreas (assistentes em administração, assistentes sociais, técnicas em enfermagem, enfermeiras, médicas, nutricionistas, odontólogas e psicólogas) e atendia a 10 instituições: Controladoria-Geral da União (CGU), Fundação Nacional do Índio (FUNAI), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Alagoas (IFAL), Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Polícia Federal (PF) e Polícia Rodoviária Federal (PRF).

Conversei com as profissionais que atuam nessa unidade SIASS para conhecer o desenvolvimento da PASS nessas instituições e, mais especificamente, no IFAL. As profissionais me informaram que atuam em três eixos: perícia oficial; prevenção de agravos; vigilância e promoção à saúde. As demandas mais atendidas são referentes às perícias. Em relação à promoção à saúde, existe o Grupo Bem-estar que tem como objetivo desenvolver atividades voltadas às temáticas de atividade física e alimentação saudável. É dirigido às/aos profissionais dos órgãos contemplados por essa unidade SIASS e acontece no prédio do INSS, localizado em Maceió. A equipe multiprofissional relatou que o número de profissionais no setor não é suficiente para elaborar ações de promoção à saúde em todas as instituições, considerando também que muitos desses órgãos possuem sedes em diversos municípios do Estado.

³⁷ Informação acessada no link: < <https://www2.ifal.edu.br/noticias/ifal-renova-acordo-de-cooperacao-com-o-siass-para-mais-quatro-anos>>. Acesso em: março de 2017.

Diversos estudos (CARNEIRO, 2006; ANDRADE et. al., 2012; SILVA, 2013; ZANIN et. al., 2015) apontam que a PASS, desenvolvida por meio das unidades SIASS, tem sido efetivada com centralidade nas perícias oficiais de saúde, ficando a promoção da saúde fragilizada. No IFAL não tem sido diferente, como apontado pelas profissionais. Outro ponto a se destacar é que existem poucos espaços de participação dos/as servidores/as no planejamento de ações e discussão da relação saúde-doença e trabalho no contexto da instituição. Tal aspecto indica que os/as trabalhadores/as continuam sendo concebidos/as como objeto das ações e não como participantes na definição de estratégias de enfrentamento das dificuldades e de transformações nos ambientes laborais, visando espaços de trabalho que promovam saúde. Neste sentido, podemos refletir que, apesar da PASS e do SIASS se denominarem enquanto políticas inseridas no campo da Saúde do/a Trabalhador/a, ainda conservam na prática características da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional. Silva (2013) ressalta que:

O sujeito central da política de atenção à saúde do trabalhador é o próprio trabalhador, opinando, construindo, dirigindo as ações, controlando o investimento dos programas e favorecendo as condições de trabalho. Sem essa participação, não se tem saúde do trabalhador; pode ser saúde ocupacional, medicina do trabalho, o que diferirá da proposta da PASS, é o protagonismo dos trabalhadores. (...) na avaliação pericial, o trabalhador é o periciado, o investigado, ou seja, a relação do sujeito é de objeto da avaliação, na qual os documentos apresentados, os atestados, são determinantes para a decisão do médico perito, em detrimento das necessidades desse sujeito social (p. 220).

Silva (2013) também destaca que as perícias oficiais em saúde são um instrumento de controle do Estado sobre o/a servidor/a, centrando sua preocupação nos custos financeiros gerados pelos afastamentos com interesses puramente econômicos e não na promoção da saúde dessa classe trabalhadora.

Da forma como estão sendo implantadas as unidades SIASS, nos estados brasileiros, a ênfase tem sido dada nas ações das perícias oficiais, o que vem demonstrando a preocupação do Estado em controlar e minimizar as despesas com licenças, afastamentos e aposentadorias dos servidores, e as demais ações de promoção à saúde do servidor vem acontecendo de forma mais lenta do que almejam as equipes de saúde e as necessidades dos servidores (SILVA, 2013, p. 216).

Zanin et. al. (2015) reflete, em relação à PASS que:

As marcas presentes nas diferentes formulações políticas para atender ao setor têm se caracterizado pela ênfase na atenção médica, curativa e individualizante; e muito pouco em ações de caráter preventivo e coletivo, no qual as prioridades exigiriam outros processos de trabalho na implementação das ações de saúde e segurança no trabalho (p. 89)

Para Carneiro (2006), o principal desafio da PASS é “desenvolver políticas articuladas de Promoção à Saúde do Servidor, que alterem ambientes e processos de trabalho e produzam impactos positivos sobre a saúde dos servidores federais” (p. 31). Assim, constroem-se possibilidades de atuação para além da doença e do ato pericial, contemplando as condições de saúde, de trabalho e de vida do/a servidor/a.

Zanin et. al. (2015) também discutem que as unidades SIASS em todo o país têm apresentado dificuldades no que diz respeito ao número insuficiente de profissionais que compõem a equipe e a quantidade de instituições contempladas pelos Acordos de Cooperação Técnica, uma vez que não há uma regulamentação específica para o dimensionamento de pessoal relacionando a demanda a ser contemplada. Silva (2013) afirma ser necessário

(...) estabelecer parâmetros para dimensionar o número de profissionais da saúde para cada equipe, nas unidades de referência do SIASS, pois, sem o estudo que possibilite o desenho das equipes multiprofissionais, pode-se cometer abusos e superdimensionamento, assim como inviabilizar a proposta (p. 168).

Tal fato acaba restringido a atuação da equipe às ações de perícias, visto sua grande demanda. Assim, o foco da atenção é o adoecimento e não a saúde. Ressalto que o número restrito de profissionais foi uma queixa relatada pelas servidoras que compõem a equipe SIASS que contemplava o IFAL.

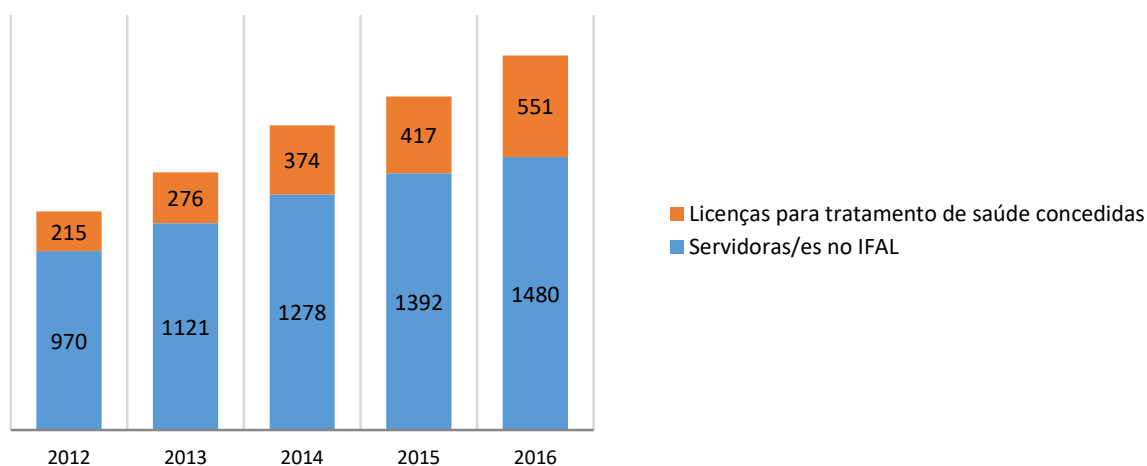
Em setembro de 2017, em articulação com a Secretaria de Gestão de Pessoas (SGP) do MPDG, o IFAL instituiu sua própria unidade SIASS, a qual começou suas atividades em outubro do mesmo ano³⁸. Os trabalhos na unidade – que é a de número 328 no país – estão em sua fase inicial e conta com uma equipe multiprofissional de distintas áreas (enfermagem, medicina, odontologia, psicologia e serviço social).

³⁸ Informação acessada no link: < <https://www2.ifal.edu.br/noticias/ifal-passara-a-ter-unidade-propria-do-siass>>. Acesso em: setembro de 2017.

CAPÍTULO 6 - SAÚDE E ADOECIMENTO NO IFAL

As informações cedidas pela unidade SIASS possibilitam dar visibilidade à saúde e ao adoecimento dos/as trabalhadores/as do IFAL. Durante os anos de 2012 a 2016 foram concedidas 1.833 licenças para tratamento de saúde³⁹ no IFAL, as quais permitiram o afastamento de 1.000 servidores/as. Na Figura 2 apresento a quantidade de licenças concedidas por ano, destacando o número de servidores/as que trabalhavam na instituição⁴⁰.

Figura 2 – Quantidade de licenças concedidas para tratamento de saúde no IFAL, entre 2012 a 2016, pelo número de servidores/as que trabalhavam na instituição.



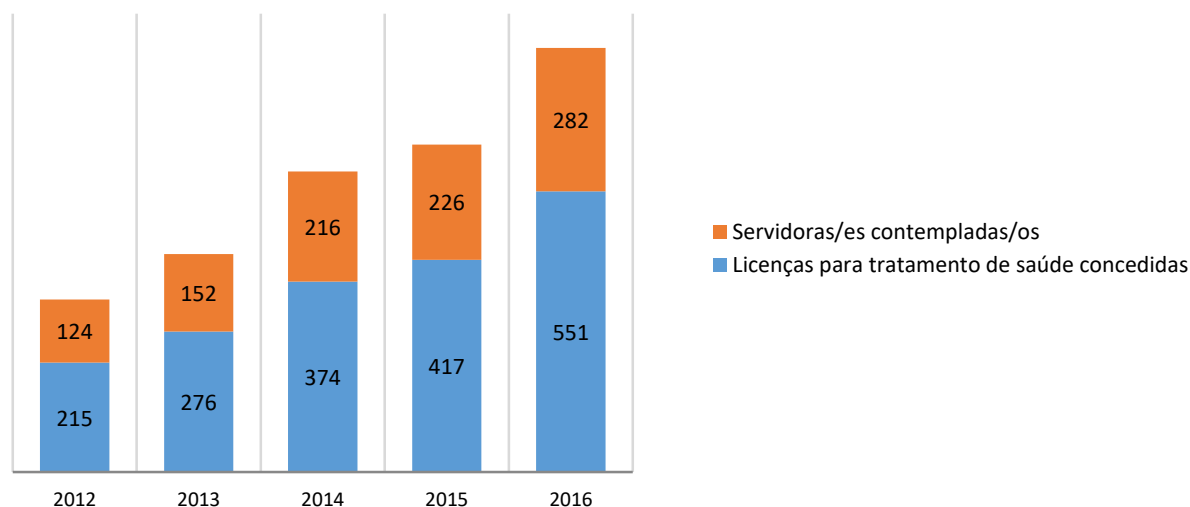
Fonte: Autora, 2018.

A Figura 2 nos permite observar que o número de servidores/as que compõem o IFAL foi aumentando ao longo dos anos, assim como, foi crescente a quantidade de concessões de licenças para tratamento de saúde. No entanto, ressalta-se que um/a servidor/a pode ter mais de uma licença concedida no mesmo ano. Na Figura 3 apresento o número de licenças concedidas, no período de 2012 a 2016, destacando a quantidade de servidores/as que foram contemplados/as.

³⁹ A licença para tratamento de saúde é regulamentada pelos artigos 202 a 206, da Lei nº. 8.112, de 11 de dezembro de 1990; pela Lei nº. 11.907, de 02 de fevereiro de 2009 e pelo Decreto nº. 7.003, de 09 de novembro de 2009.

⁴⁰ O número de servidoras/es que trabalhavam na instituição entre 2012 a 2016 foi extraído do Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos do IFAL (SIGRH), o qual pode ser acessado por meio do link: <<http://sigrh.ifal.edu.br/>>.

Figura 3 – Quantidade de licenças concedidas para tratamento de saúde no IFAL, entre 2012 a 2016, pelo número de servidores/as contempladas/os.



Fonte: Autora, 2018.

Diversos estudos abordam a questão do adoecimento em servidores/as públicos/as (JACKSON FILHO, 2004; CARNEIRO, 2006; CUNHA et. al., 2009; MARQUES et. al., 2011; SILVA, 2013; TRAESEL; MERLO, 2014; VIEIRA, 2017), os quais também discutem que as características e as vivências do serviço público podem repercutir no processo saúde-doença desses/as profissionais, tais como: as exigências burocráticas; a falta de reconhecimento desse trabalho, pois existe a concepção social de que o/a servidor/a público/a “não trabalha” e não oferta à população serviços de qualidade; as tensões provocadas pela conjuntura política do governo que está no poder em cada época e a instabilidade diante de mudanças políticas.

Para a análise das informações sobre as concessões de licenças para tratamento de saúde no IFAL é importante destacar que o ano de 2016 caracterizou-se por diversas modificações institucionais – no âmbito do IFAL – assim como, no cenário social e político do país. No nível institucional, as modificações deram-se por meio da implantação do controle de frequência por meio de ponto eletrônico, iniciado em caráter experimental – sem efeito financeiro – em 1º de fevereiro de 2016, mediante a Portaria Nº. 179/GR, de 29 de janeiro de 2016. No ano de 2016, foram realizados diversos diálogos envolvendo as categorias de TAES e docentes, sindicato e gestão do IFAL sobre as modificações que o registro de frequência por meio do ponto eletrônico poderia ocasionar nos modos de organização e processos de trabalho. As categorias dos/as servidores/as organizadas e o sindicato também realizaram diversos atos e mobilizações que tiveram,

como um dos pontos de reivindicação a não adoção, por parte do IFAL, do registro de frequência eletrônico.

Esses atos e mobilizações contribuíram para que o período experimental do registro de ponto eletrônico fosse prorrogado por diversas vezes⁴¹. E, em 1º de junho de 2017, o controle de frequência por meio do ponto eletrônico foi adotado em caráter definitivo – com efeito financeiro – mediante Portaria nº. 886/GR, de 04 de maio de 2017. Entretanto, esse sistema de registro de ponto foi mantido apenas para os/as TAEs. O controle da frequência dos/as servidores/as docentes continua sendo realizado por meio da assinatura da folha de ponto.

Além da mudança na forma como é realizado o registro de frequência, ocorreram modificações na jornada de trabalho dos/as servidores/as técnicos/as administrativos/as. O Decreto Nº. 1.590, de 10 de agosto de 1995, o qual dispõe sobre a jornada de trabalho dos/as servidores/as públicos/as federais, define que a jornada de trabalho desses/as trabalhadores/as deve ser de 8 horas diárias e 40 horas semanais. Entretanto, esse mesmo Decreto, em seu Art. 3º define que:

Quando os serviços exigirem atividades contínuas ou regimes de turnos ou escalas, em período igual ou superior a doze horas ininterruptas, em função de atendimento ao público ou trabalho no período noturno, é facultado ao dirigente máximo do órgão ou da entidade autorizar os servidores a cumprir jornada de trabalho de seis horas diárias e carga horária de trinta horas semanais.

Baseando-se nesse Decreto e compreendendo a importância de garantir o funcionamento dos ambientes organizacionais⁴² por 12 horas ininterruptas, o IFAL emitiu a Portaria Nº. 1.512/GR, de 28 de outubro de 2010 a qual definiu a flexibilização de todos os ambientes organizacionais no Instituto e, conseqüentemente, garantiu a jornada de 30 horas semanais a todos/as servidores/as. Vale ressaltar, também, que muitos Campi funcionam para além das 12 horas, pois possuem cursos nos três turnos: matutino, vespertino e noturno.

Em 2016, junto com o processo de implantação do ponto eletrônico houve também a modificação no regime de jornada de trabalho. Alguns ambientes organizacionais foram contemplados pela flexibilização, por meio de Portarias do Reitor, e outros não. Para definição de qual ambiente organizacional se adequa ou não à flexibilização, o IFAL instituiu uma comissão de avaliação. Isso gerou insatisfação nos/as servidores/as por

⁴¹ Conforme as Portarias nº 883/GR de 29/04/2016; 1175/GR de 06/06/2016; 1360/GR, de 01/07/2016; e 1515/GR, de 29/07/2016; e mediante as Notas Públicas Nº. 01/2017; 02/2017; e 03/2017.

⁴² O conceito de ambiente organizacional está definido na Lei Nº. 11.091, de 12 de janeiro de 2005.

impactar nos seus processos de trabalho e, também, pelo fato de que um mesmo ambiente organizacional em Campi diferentes tiveram distintos posicionamentos por parte da gestão, no que se refere à flexibilização. Por exemplo, o ambiente organizacional da “Assistência Estudantil” foi flexibilizado em alguns Campi e em outros não foi concedida a flexibilização. Também vale pontuar as modificações nas condições de vida e de saúde que a “não flexibilização” ocasiona, uma vez que é somado o tempo de trabalho e reduzido o tempo que antes era dedicado ao convívio familiar, à prática de atividades físicas, de cuidados com a saúde, dentre outras.

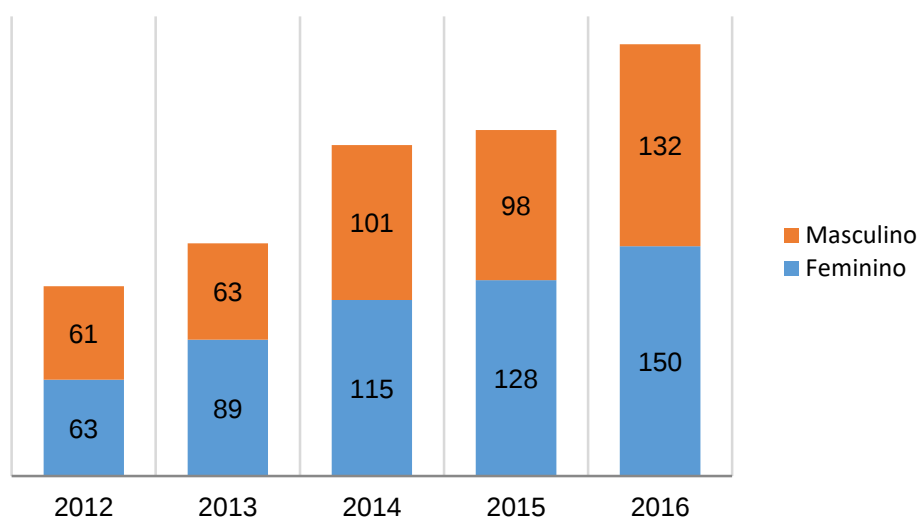
Outro movimento importante ocorrido em 2016 foram as mobilizações devido ao cenário social e político do país, tendo os/as servidores/as e os/as estudantes do IFAL engajado-se por meio de paralisações, atos, greve e ocupações estudantis aos Campi. A greve dos/as servidores/as teve início no dia 11 de novembro – sendo antecedida por diversas paralisações e mobilizações – e foi finalizada no dia 14 de dezembro (com retorno das atividades no dia 19). As ocupações estudantis tiveram início em outubro e também terminaram em dezembro. As mobilizações reivindicavam a não aprovação da PEC 241 – que no Senado tornou-se PEC 55 – a qual propõe o congelamento dos investimentos em saúde e educação durante 20 anos, com a justificativa de reequilibrar os gastos e a dívida pública. Entretanto, a PEC 55 foi aprovada em dezembro de 2016. Vale pontuar também que em agosto de 2016 o mandato da presidenta Dilma Rousseff foi cassado por meio de processo de *impeachment*. Todos esses fatores criaram clima de instabilidade política com repercussões no serviço público federal.

O congelamento dos investimentos em saúde e educação por 20 anos irá precarizar os serviços ofertados e as condições de trabalho. Alguns estudos (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2003; CARNEIRO, 2006; SILVA, 2013; TRAESEL; MERLO, 2014) apontam que o sucateamento dos serviços públicos, a falta de investimento do governo nas políticas públicas, a burocracia e a precarização do trabalho podem ser fatores de adoecimento para os/as servidores/as públicos/as. De acordo com Solange Baraldi (2005, apud SILVA, 2013) a precarização do trabalho é definida como a totalidade das condições inadequadas de trabalho acompanhadas da ausência ou redução dos direitos trabalhistas, refletindo-se na fragilidade dos vínculos, na ausência ou diminuição de políticas de proteção social e na negligência da saúde do/a trabalhador/a.

6.1 – Sexo/gênero

Em relação à questão de sexo/gênero, na Figura 4 podemos observar que o número de mulheres que tiveram licenças para tratamento de saúde é superior a quantidade de homens.

Figura 4 – Quantidade de servidores/as contemplados/as pela licença para tratamento de saúde no IFAL, entre 2012 a 2016, considerando o sexo.



Fonte: Autora, 2018.

Destaco que no ano de 2016 o Instituto era composto por 957 servidores e 639 servidoras⁴³ e no ano de 2017 era composto por 969 servidores e 644 servidoras⁴⁴. Assim, podemos refletir que apesar da instituição possuir mais homens no seu quadro funcional, são as mulheres que mais se afastam para o tratamento da saúde.

Diversos estudos (BRITO, 2000; ROTENBERG et. al., 2001; ROCHA; DERBERT-RIBEIRO, 2001; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2003, SILVA, 2013; TSCHIEDEL; TRAESEL, 2013) discutem a relação saúde-doença-trabalho e relações de gênero, considerando que os papéis atribuídos aos homens e às mulheres são construções sociais. É importante questionar os lugares naturalizados que são destinados às mulheres e a desigualdade de oportunidades que é dada aos homens e às mulheres no

⁴³ Informações do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE), acessadas e cedidas pela Diretoria de Gestão de Pessoas (DGP) do IFAL, em novembro de 2016.

⁴⁴ Informações do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE), acessadas e cedidas pela Diretoria de Gestão de Pessoas (DGP) do IFAL, em março de 2017.

âmbito laboral. Às mulheres é atribuído o cuidado com o lar, com a família e com os/as filhos/as o que pode provocar tensionamentos para essas mulheres conciliarem esses papéis sociais e culturais com sua vida laboral. De acordo com Silva (2013):

(...) o não reconhecimento dos determinantes sociais, como o trabalho de casa realizado antes do início e após o retorno das atividades na empresa público-privada, o tempo de deslocamento, as necessidades de realizar outras tarefas, como deixar os filhos na escola, ir ao médico e etc., não são reconhecidos na análise das condições de saúde da trabalhadora (p. 245).

Silva (2013) prossegue destacando que:

É importante lembrar que estamos falando da mulher da classe trabalhadora que tem tripla jornada, dentro e fora do local de trabalho, com condições estruturais e sociais que provocam alterações na saúde e na vida. (...) A questão de gênero é uma manifestação societária que, desde os primórdios, estabelece uma relação de dominação sobre os diferentes, expressa na divisão de responsabilidades na produção social da existência humana. Assim, cria atribuições e responsabilidades alheias às necessidades e à vontade dos seres humanos, pautadas em critérios, nessa divisão, que são sexistas (p. 247).

As relações de gênero são construídas socialmente, estabelecendo estereótipos baseados em concepções biológicas, culturais e sociais, que são naturalizados e tidos como “determinados biologicamente”. Podemos ilustrar essa relação com a questão da maternidade, ou seja, naturaliza-se – socialmente e culturalmente – a ideia de que o cuidado com os/as filhos/as é de responsabilidade das mulheres e essa concepção é reproduzida e sustentada por meio de um discurso amparado na crença da “determinação biológica”. Assim, é reproduzido o pensamento de que as mulheres possuem um “instinto materno” ou de “cuidado”. Esses estereótipos de gênero sustentam desigualdades sociais que são naturalizadas. As desigualdades sociais são levadas para o âmbito laboral – visto que o trabalho faz parte da dimensão social – reproduzindo uma lógica de naturalização de condições diferenciadas e assimétricas com implicações na saúde da mulher (ROTENBERG et. al., 2001; ROCHA; DERBERT-RIBEIRO, 2001; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2003, SILVA, 2013).

Os estereótipos de gênero sustentam a concepção de divisão sexual do trabalho, assim, cria-se a ideia de que aos homens devem ser destinadas as atividades produtivas e às mulheres, as atividades reprodutivas. Nesse sentido, compreende-se que “a mulher”, compreendida como categoria única e universal, possui características inatas para exercer o cuidado e a maternidade. Essa divisão sexual é reproduzida no mundo do trabalho, fundamentando a definição de que existem cargos/profissões “ para homens” e para

“mulheres”, como por exemplo, a ideia de que as profissões relacionadas à tecnologia e às ciências exatas devem ser exercidas por homens e as profissões relacionadas ao cuidado devem ser ocupadas por mulheres. As desigualdades sociais em relação à essa “feminização” das profissões apresenta-se nas diferenças salariais, pois podemos constatar que as profissões relacionadas ao cuidado possuem menor remuneração do que as profissões ligadas à tecnologia, engenharia e outras áreas ocupadas, geralmente, por homens (SILVA, 2013). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgados em 2018, as mulheres recebem aproximadamente 70% do salário dos homens, por razões que estão relacionadas diretamente com a divisão sexual do trabalho e a feminização das profissões.

Silva (2013) aponta que, muitas vezes, acreditamos que no serviço público essas relações de desigualdade entre homens e mulheres não estão presentes. No entanto, a autora afirma que no serviço público também visualizam-se essas desigualdades, as quais estão presentes nas diferenças salariais e de qualificação. A autora ressalta ainda que no serviço público também são observadas diferenças na ocupação dos cargos de poder e decisão – chefias, as quais são ocupadas, na maioria das vezes, por homens.

Em pesquisa realizada por Danielly Spósito de Melo et. al. (2017) sobre a (des)igualdade de oportunidades no âmbito laboral entre servidores/as do IFAL⁴⁵ foram observadas desigualdades entre homens e mulheres no que diz respeito à qualificação profissional, à feminização das profissões e às diferenças salariais. Na Tabela 1 apresento informações acerca do nível de escolaridade, no que diz respeito às pós-graduações, dos/as servidores/as do IFAL. Ressalto que a Tabela 1 foi construída a partir dos dados apresentados no Relatório Final da pesquisa citada.

Tabela 1 – Nível de escolaridade, no que diz respeito às pós-graduações, dos/as servidores/as do IFAL, no ano de 2017.

Nível de Escolaridade	Mulheres	Homens
Especialização	139	117
Mestrado	130	169
Doutorado	200	411

Fonte: Melo et. al, 2017.

⁴⁵ A pesquisa foi orientada por Danielly Spósito Pessoa de Melo e desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa em Gênero e Sexualidade do IFAL/Campus Penedo, o qual é composto por servidoras e estudantes.

A Tabela 1 permite observar que quanto maior o nível de escolaridade, menor é o número de mulheres representadas. Alguns estudos (CARVALHO NETO et. al, 2010; CÔRREA, 2010; LIMA et. al., 2013; VAZ, 2013; JESUS; BARBOSA, 2016) apontam que os lugares atribuídos às mulheres de cuidado com o lar, com a família e com os/as filhos/as atrelados à conciliação com a vida laboral, podem ser fatores que dificultem o acesso dessas mulheres aos cursos de pós-graduação.

O Quadro 2, construído por Melo et. al. (2017) apresenta informações referentes ao exercício dos cargos/profissões dos/as servidores/as do IFAL.

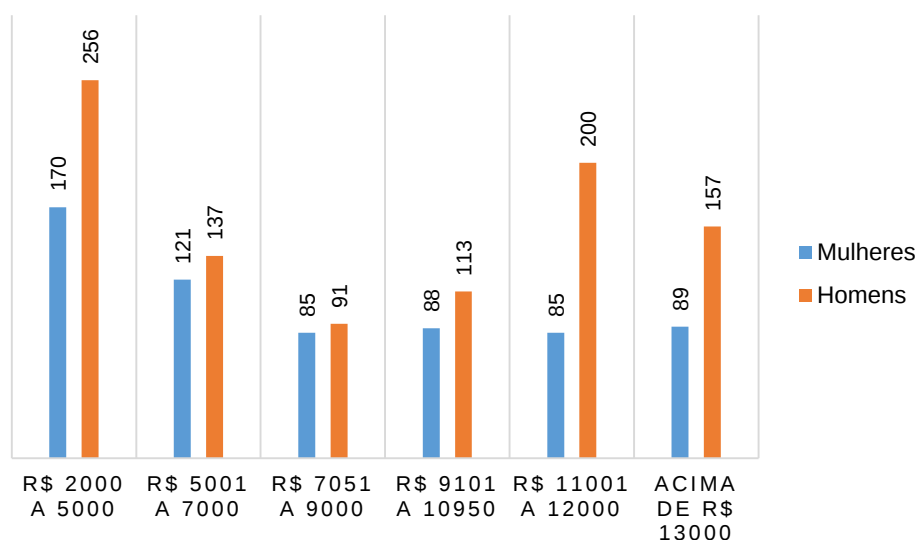
Quadro 2 – Cargos e profissões exercidas pelos/as servidores/as do IFAL, no ano de 2017.

Homens predominaram	Mulheres predominaram	Havia apenas homens	Havia apenas mulheres	Equilíbrio entre os sexos
Administrador/a	Auxiliar ou Técnico/a de enfermagem	Analista de tecnologia da informação	Arquiteta e urbanista	Assistente de aluno/a
Assistente de laboratório	Assistente social	Auxiliar de agropecuária	Nutricionista	Assistente de administração
Auxiliar de biblioteca	Bibliotecário/a	Auxiliar de encanador	Técnica em secretariado	Auditor/a
Auxiliar laboratório	Jornalista	Carpinteiro	Telefonista	Auxiliar em administração
Bombeiro/a	Médico/a	Eletricista		Cozinheiro/a
Hidráulico/a	Odontólogo/a	Impressor		Economista
Contador/a	Pedagogo/a	Mecânico		Porteiro/a
Docente	Psicólogo/a	Motorista		Servente de limpeza
Engenheiro/a	Técnico/a de laboratório	Operador de máquinas copiadoras		Técnico/a em contabilidade
Técnico/a de tecnologia da informação	Técnico/a em assuntos educacionais	Pedreiro		
Vigilante		Técnicos em agropecuária / audiovisual/ edificações / eletricidade/ eletrotécnica		

Fonte: Melo et. al., 2017.

O Quadro 2 nos permite visualizar que os cargos/profissões ocupados predominantemente ou apenas por homens são ligados às engenharias e/ou profissões técnicas e das ciências exatas. Em contrapartida, os cargos/profissões ocupados predominantemente ou apenas por mulheres são, em sua maioria, relacionados ao cuidado ou ao acompanhamento da vivência e desempenho escolar do/a estudante. Reproduzindo as construções sociais referentes às profissões e as relações de gênero. Os aspectos relacionados à ocupação dos cargos e do nível de escolaridade, repercutem nas diferenças salariais, as quais podem ser visualizadas na Figura 5.

Figura 5 – Remuneração dos/as servidores/as do IFAL, por sexo/gênero, no ano de 2017.



Fonte: Melo et. al., 2017.

Na Figura 5 observamos que dos/as 531 servidores/as com remuneração acima de R\$ 11.000 (onze mil reais), 357 são homens, correspondendo a 67,23% dos/as servidores/as nessa faixa salarial. No que diz respeito à saúde, sabe-se que a renda interfere nas condições de vida e de saúde do/a trabalhador/a, pois permite um acesso à bens e serviços que estão diretamente relacionados à qualidade de vida.

Nailena Vieira (2017), em estudo realizado sobre a saúde dos/as servidores/as técnicos/as administrativos da Reitoria do IFAL, destaca que o sexismo é apontado pelos/as trabalhadores/as como um fator que causa sofrimento no trabalho. Nas entrevistas e nos grupos focais realizados pela pesquisadora, os/as participantes de sua pesquisa abordaram o fato dos cargos de chefia no IFAL serem, em sua maioria, ocupados

por homens e afirmaram que não acreditam que tal fato seja um processo neutro, senão, marcado pelo machismo que também encontra-se no âmbito institucional.

Melo et. al. (2017) realizou uma pesquisa sobre o perfil dos/as servidores/as que ocupam cargos de poder/decisão no IFAL e constatou que esses cargos são ocupados, em sua maioria por homens⁴⁶, corroborando com as falas dos/as participantes da pesquisa de Vieira (2017). De acordo com o estudo, em 2017, os cargos de poder/decisão no IFAL eram ocupados por 378 pessoas, das quais, 38,62% são mulheres e 61,37% são homens. Outra análise abordada no estudo é que quanto mais se eleva o nível hierárquico dos cargos de poder e decisão – no sentido de “*status*”, na autonomia e “poder” institucional para tomada de decisões e na gratificação financeira – mais homens estão representados. Os cargos de poder e decisão no IFAL são divididos, considerando o nível hierárquico, em: Funções Gratificadas (FG), Funções de Coordenação de Curso (FUC) e Cargos de Direção (CD). A ocupação desses cargos é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 – Ocupação dos cargos de poder e decisão, considerando o sexo/gênero, no IFAL, no ano de 2017.

Cargo/Função	Homem		Mulher	
	n	%	n	%
FG	131	56	103	44
FUC	36	72	14	28
CD	65	70	29	30

Fonte: Melo et. al., 2017.

Assim, considera-se que as relações sociais de desigualdade que são construídas entre homens e mulheres – e que envolvem a ocupação dos cargos/profissões, o nível de escolaridade, a renda, a conciliação da vida laboral e familiar, as condições de vida e de trabalho – podem interferir no processo saúde-doença e sua relação com o trabalho. Minayo-Gomez e Thedim-Costa (2003) nos ajudam a compreender essa relação ao afirmar que:

⁴⁶ A pesquisa foi orientada por Danielly Spósito Pessoa de Melo e desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa em Gênero e Sexualidade do IFAL/Campus Penedo, o qual é composto por servidoras e estudantes.

(...) nos espaços de trabalho existem também condições diferenciadas e assimétricas que submetem as mulheres a exposições e adoecimentos específicos. Dar visibilidade a esses problemas e compreender o processo saúde-doença considerando a dimensão de gênero significa questionar os lugares destinados às mulheres, as desigualdades artificialmente atribuídas à condição feminina. E que se refletem na tensão para conciliar o trabalho, funções domésticas, maternais e reprodutivas; na subtração do tempo indispensável à manutenção da saúde física, emocional, psíquica; na exposição a diversas formas de violência (p. 132).

6.2 – Faixa etária

Em relação à faixa etária dos/as servidores/as que acessaram as licenças para tratamento da saúde no IFAL, a Tabela 3 nos permite visualizar que existe um número significativo de afastamentos no grupo etário entre 30 a 39 anos.

Tabela 3 – Quantidade de servidores/as contemplados/as pela licença para tratamento de saúde no IFAL, entre 2012 a 2016, por faixa etária.

Faixa Etária	Ano de concessão das licenças				
	2012	2013	2014	2015	2016
19 a 29	18	28	34	28	37
30 a 39	29	53	75	76	101
40 a 49	30	27	43	49	60
50 a 59	19	15	29	48	60
60 a 69	3	3	13	12	19
Não informado	25	26	22	13	5
Total	124	152	216	226	282

Fonte: Autora, 2018.

Entretanto, vale pontuar que para ler os dados de afastamentos para tratamento de saúde considerando as faixas etárias é necessário fazer uma correlação com a quantidade de servidores/as, por idade, em cada ano. Ressalto que no ano de 2016, as faixas etárias caracterizavam-se conforme a Tabela 4, apresentada a seguir⁴⁷:

⁴⁷ Informações do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE), acessadas e cedidas pela Diretoria de Gestão de Pessoas (DGP) do IFAL, em novembro de 2016.

Tabela 4 – Quantidade de servidores/as do IFAL, por faixa etária, no ano de 2016.

Faixa etária	n	%
19 a 29	214	13,41
30 a 39	610	38,22
40 a 49	376	23,56
50 a 59	304	19,05
60 a 70	92	5,76
Total	1596	100

Fonte: Autora, 2018.

Observa-se que é representativo a quantidade de servidores/as na faixa etária entre 30 a 39 anos e apenas 5,76% dos/as trabalhadores/as do IFAL estão na faixa etária entre 60 a 70 anos. Na Tabela 5 apresento o percentual, por faixa etária, de servidores/as afastados/as para tratamento de saúde, considerando a quantidade de trabalhadores/as na instituição, no ano de 2016.

Tabela 5 – Percentual, por faixa etária, de servidores/as afastados/as para tratamento de saúde considerando a quantidade de trabalhadores/as do IFAL, no ano de 2016.

Faixa etária	Quantidade de servidores/as no IFAL	Quantidade de servidores/as afastados/as para tratamento de saúde	%
19 a 29	214	37	17,3
30 a 39	610	101	17
40 a 49	376	60	16
50 a 59	304	60	20
60 a 70	92	19	21
Não informado	--	5	8,7
Total	1596	282	100

Fonte: Autora, 2018.

A Tabela 5 nos permite observar que, no ano de 2016, o percentual mais significativo de servidores/as que se afastaram para tratamento de saúde encontra-se na faixa etária entre 60 a 70 anos, correspondendo a 21% da quantidade de pessoas com essa faixa etária que trabalhavam no IFAL nesse mesmo ano. Em seguida, destaco os/as servidores/as com faixa etária entre 50 a 59 anos, uma vez que 20% desse grupo acessou as licenças para tratamento de saúde no ano de 2016.

Silva (2013) em estudo realizado sobre a saúde de servidores/as públicos/as federais que exercem cargos de auxiliares e técnicos/as de enfermagem no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/UFAL), abordou o envelhecimento desses/as trabalhadores/as. A autora pontua que:

As condições de vida e de trabalho, assim como as relações de produção e reprodução social, vão produzir desigualdades sociais e de saúde, que interferem no processo de envelhecimento de forma diferente, para o trabalhador, pelas condições a que se expõe e pelo modo como ocorre sua produtividade. É a partir das desigualdades sociais engendradas pelas estruturas produtiva e social que se prioriza a condição de classe como um elemento central para a compreensão social do envelhecimento, sob a prevalência de um tipo de sociedade capitalista, regida por relações sociais do trabalho que espolia o trabalhador e a antecipação do processo de depreciação natural de sua capacidade de labor (p. 235).

Silva (2013) reflete que é importante lançar o olhar para o envelhecimento da classe trabalhadora, pois, durante quase toda sua vida, ela vendeu seu tempo de vida e sua força de trabalho inserindo-se numa atividade produtiva. A autora destaca ainda que se o/a trabalhador/a passa boa parte de sua vida nos espaços e ambientes laborais, é importante problematizar: como se configuram esses espaços de trabalho? Os processos e ambientes de trabalhos nos quais estão inseridos/as são promotores de saúde ou fatores de adoecimento? Quais as condições de vida e de saúde desses/as trabalhadores/as? Todas esses aspectos se relacionam com as diferentes formas de envelhecer da classe trabalhadora.

Solange Teixeira (2006, apud SILVA, 2013) afirma que o processo saúde-doença em pessoas idosas está relacionado às condições de vida e de trabalho vivenciadas em sua história de vida. Nesse sentido, o envelhecimento não está restrito a fatores biológicos, mas consideram-se os determinantes sociais de saúde – renda, transporte, lazer e etc. – e a dimensão do trabalho – horas excessivas de trabalho, sobrecargas, condições e relações de trabalho precarizadas, dentre outros aspectos.

Outra questão a se refletir é a perda de direitos dos/as servidores/as públicos/as e os retrocessos no que diz respeito ao regime previdenciário. Com a instituição da Lei Nº. 12.618, de 30 de abril de 2012, todos/as os/as servidores/as que ingressaram no serviço público a partir de 4 de fevereiro de 2013 estão sujeitos ao Regime de Previdência Complementar. Assim, os proventos de aposentadoria desses/as servidores/as pagos pela União – que antes era integral ou tinham por base de cálculo a totalidade da remuneração – estão limitados ao valor do teto do Regime Geral de Previdência Social, a cargo do INSS, atualmente fixado em R\$ 5.645,80. Em relação às aposentadorias de servidores/as públicos/as, Silva (2013) ressalta:

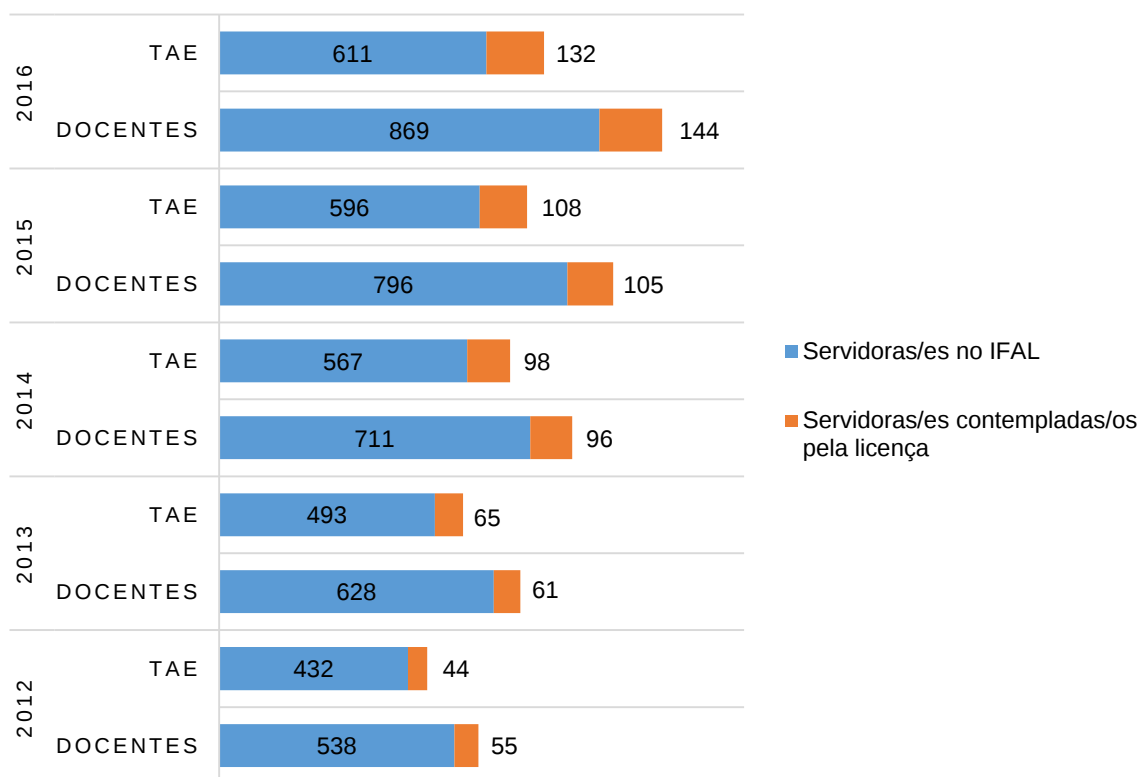
São sempre os trabalhadores que pagam triplamente para ter os direitos sociais com sua força de trabalho e contribuições na fonte dos salários, além dos impostos direta ou indiretamente cobrados. No entanto, no envelhecimento, sentem as dificuldades físicas, biológicas, afetivas e socioeconômicas para se manter de forma digna, justa e humana, nessa etapa da vida. (...) Então, se a classe trabalhadora envelhecida tem dificuldades socioeconômicas, conseqüentemente, poderá também ter precárias condições de saúde, agregadas aos determinantes biopsicológico e físico, ou seja, há um componente de classes que favorece ou dificulta as condições e a qualidade do envelhecimento (p. 238).

O Estado, na posição de empregador, deve valorizar as pessoas que, ao longo de sua vida, contribuíram para a construção de políticas e execução dos serviços no âmbito da administração pública, com condições dignas de aposentadoria (SILVA, 2013).

6.3 – Cargo ocupado

Em relação ao cargo ocupado, a Figura 6 nos permite visualizar que a quantidade de docentes e de técnicos/as administrativos/as em educação que foram contemplados/as pela licença para tratamento de saúde é equiparada. Contudo, vale destacar que o número de docentes na instituição, em todos os anos, é superior ao de TAEs. Isso pode indicar que, proporcionalmente, os/as técnicos/as se afastam mais, comparando-se com os/as docentes.

Figura 6 - Quantidade de servidores/as contemplados/as pela licença para tratamento de saúde no IFAL, entre 2012 a 2016, considerando o cargo ocupado.



Fonte: Autora, 2018.

Nailena Vieira (2017), em estudo realizado com os/as técnicos/as administrativos/as da Reitoria do IFAL, aponta alguns fatores que podem ocasionar o adoecimento e/ou o sofrimento⁴⁸ dessa categoria, dentre eles: o excesso de atividades burocráticas; a sobrecarga de trabalho correlacionada ao número insuficiente de profissionais para atender as demandas e à demasiada responsabilização do/a servidor/a frente aos atos executados em nome da administração pública federal; o sentimento de insatisfação com o trabalho; a inflexibilidade nas normas e organização institucional, a qual dificulta a participação dos/as trabalhadores/as na organização dos processos de trabalho; e a desvalorização do trabalho desenvolvido por esses/as profissionais, os/as quais muitas vezes são invisibilizados ou considerados como menos importantes. Esse último aspecto deve-se a dois fatores: o primeiro está ligado ao nível de escolaridade exigido para os cargos técnicos, os quais compreendem do ensino fundamental

⁴⁸ A autora utiliza o conceito de sofrimento fundamentando-se nos estudos de Dejours (1994).

incompleto ao ensino superior. Diante disto, sabe-se que, socialmente, existe uma concepção de que os cargos de nível médio e fundamental são hierarquicamente inferiores. E, o segundo fator, diz respeito ao fato de que os/as TAEs não desenvolvem atividades-fim na instituição, mas atividades-meio⁴⁹.

Outro ponto trazido por Vieira (2017) diz respeito à diferenciação nos modos como são organizados os trabalhos dos/as docentes e dos/as técnicos/as administrativos/as, uma vez que, como citado anteriormente, desde 2016 o regime de trabalho dos/as TAEs é controlado por meio de ponto eletrônico. Segundo a autora, os/as participantes de sua pesquisa afirmaram que tal fato gerou insatisfação nos/as servidores/as dessa categoria e burocratizou a organização do trabalho.

Ainda conforme Vieira (2017), os/as TAEs também apontaram como fator que causa sofrimento a intensificação do trabalho, no que se refere ao fato do trabalho ocupar muito tempo e espaço na vida do/a servidor/a. Isso se reflete nas horas extras, no trabalho que é levado para casa e que excede a carga horária semanal, no trabalho realizado aos finais de semana e durante as horas que deveriam ser de descanso. Sobre esse aspecto Silva (2013) afirma:

O trabalho extrapolou os muros das empresas, sentou-se a mesa de nossas casas. O espaço não é apenas o institucional, ele nos acompanha pelo celular, aonde formos; solicita-nos por *e-mail*, por mensagens (...) em qualquer momento que for necessário somos encontrados e convocados; participamos de reuniões *on-line* etc., ou seja, é trabalho *fulltime* – formas de trabalho virtuais, não pagos, mas que podem provocar danos à saúde. O trabalho em rede é comum nos serviços públicos e quase todo o sistema administrativo na instância federal funciona em rede, por exemplo, o Sistema de Administração de Pessoal (SIAPE), o Sistema de Contabilidade e Administração de Finanças (SICAF), entre outros. (...) Esses setores estão sempre fazendo horas extras, e trabalham dentro e fora da instituição, em fins de semana, para alimentar as bases de dados. São horas de trabalho que extrapolam as cargas horárias remuneradas, formas precarizadas de trabalho que causam desgaste físico e mental invisíveis (p.81)

Laurell (1989, apud SILVA, 2013) pontua que as cargas do trabalho, os processos e os modos de organização do trabalho são elementos que contribuem para o desgaste do/a trabalhador/a. Silva (2013) reflete que, no que diz respeito à saúde do/a trabalhador/a, é importante dar visibilidade às “relações de trabalho contidas nos

⁴⁹ Define-se como atividade-fim aquelas inerentes ao objetivo principal da instituição, visto como serviço essencial e sua destinação, no caso em questão, é a oferta de serviços de ensino desenvolvida pelo corpo docente. E compreende-se como atividade-meio aquelas que não são diretamente voltadas para a atividade principal, ou seja, a atividade-fim.

processos, nas organizações e condições de trabalho, verificando ritmos, carga horária, divisão de trabalho, instrumentos, produtividade, humanização e participação social dos trabalhadores” (p. 114).

6.4 – Tempo de serviço

Na Tabela 6 podemos observar o tempo de serviço no IFAL dos/as servidores/as contemplados/as pelas licenças para tratamento de saúde.

Tabela 6 – Quantidade de servidores/as contemplados/as pela licença para tratamento de saúde no IFAL, entre 2012 a 2016, por tempo de serviço.

Tempo de Serviço	Ano de concessão das licenças				
	2012	2013	2014	2015	2016
Até 5 anos	32	46	97	101	138
6 a 10 anos	28	41	42	37	49
11 a 15 anos	4	8	5	7	8
16 a 20 anos	5	5	10	7	16
21 a 30 anos	23	18	23	43	44
31 a 40 anos	7	8	19	18	23
Não informado	25	26	20	13	4
Total	124	152	216	226	282

Fonte: Autora, 2018.

Observamos que em quase todas as faixas de tempo de serviço houve um crescimento no número de licenças concedidas para tratamento de saúde. Visualizamos também uma quantidade significativa de servidores/as que foram contemplados/as pela licença com tempo de serviço em até 5 anos. Entretanto, conforme apresentado anteriormente, a Figura 2 destaca que nos últimos anos houve um aumento no ingresso de servidores/as no IFAL. Em 2012, a instituição possuía um corpo funcional composto por 970 pessoas e em 2016 esse número foi para 1480 trabalhadores/as, representando um aumento de 52,57%. Vale destacar que esse crescimento se deu progressivamente por meio do Plano de Expansão da Rede Federal de Educação, instituído em 2005, e que foi

desenvolvido em diversas fases. Esse Plano permitiu a criação de diversos campi e, consequentemente, a realização de concursos.

Na Tabela 7 podemos observar o percentual, por tempo de serviço, dos/as servidores/as afastados/as para tratamento de saúde, considerando a quantidade de trabalhadores/as na instituição, no ano de 2016.

Tabela 7 – Percentual, por tempo de serviço, de servidores/as afastados/as para tratamento de saúde considerando a quantidade de trabalhadores/as do IFAL, no ano de 2016.

Tempo de serviço	Quantidade de servidores/as no IFAL	Quantidade de servidores/as afastados/as para tratamento de saúde	%
Até 5 anos	795	138	17,4
6 a 10 anos	301	49	16,3
11 a 15 anos	66	8	12,1
16 a 20 anos	73	16	22
21 a 30 anos	296	44	15
31 a 40 anos	96	23	24

Fonte: Autora, 2018.

Destaco que, no ano de 2016, houve um percentual significativo de servidores/as com mais de 31 anos de tempo de serviço que se afastaram para tratamento de saúde, correspondendo a 24% da quantidade pessoas com esse tempo de serviço que trabalhavam no IFAL nesse mesmo ano. Em seguida, ressalto os/as servidores/as com tempo de serviço entre 16 a 20 anos. Observa-se que 22% desse grupo acessou as licenças para tratamento de saúde no ano de 2016.

Algumas problematizações podem ser feitas a partir desses dados. A primeira delas está relacionada ao número significativo de novos/as servidores/as que ingressaram na instituição nos últimos anos. Observa-se que no cotidiano do trabalho diversos conflitos podem ser gerados entre profissionais com mais tempo de serviço e profissionais recém admitidos/as, tais como: divergências nos modos de organização dos processos de trabalho, diferentes formas de pensar, dentre outros. Esses conflitos podem estar

relacionados com o processo de adoecimento em servidores/as com mais tempo de serviço.

Outra reflexão que pode ser feita a partir da análise dos dados apresentados na Tabela 7, pode estar relacionada à discussão do envelhecimento da classe trabalhadora realizada no tópico anterior. Podemos problematizar os efeitos, a longo prazo, gerados pelo trabalho nos/as trabalhadores/as. É importante refletir como as condições e os modos de organização do trabalho, durante anos de inserção no contexto laboral, podem repercutir nas condições de vida e de saúde dos/as trabalhadores/as.

Vale problematizar também o cenário político atual no Brasil, caracterizado pela instabilidade e a possibilidade de perda de direitos previdenciários. Está em tramitação a proposta de emenda à constituição PEC Nº 287/2016 que propõe uma reforma na legislação previdenciária vigente. As propostas se baseiam em modificações para a concessão de aposentadorias, com o aumento da idade mínima e o tempo de contribuição requeridos e alterando a forma de cálculo dos benefícios. As justificativas para o estabelecimento da reforma estão fundamentadas na alegação de déficit, pois no modelo previdenciário brasileiro os/as beneficiários/as são financiados/as pelos/as trabalhadores/as ativos/as. Assim, argumenta-se que há um desequilíbrio demográfico ocasionado pelo aumento da expectativa de vida, somado às diferenças nas arrecadações e nas concessões.

No IFAL, observamos que é significativo o afastamento das atividades laborais entre os/as servidores/as com maior tempo de serviço. Assim, podemos problematizar se a reforma previdenciária brasileira for aprovada, quais os efeitos que tais modificações podem produzir nas condições de vida e de saúde da população trabalhadora?

6.5 – Quantidade de dias de afastamento

Na Tabela 8 apresento a quantidade de dias de afastamento das licenças concedidas. Destaco que há um número significativo de licenças que concedem de 1 a 5 dias de afastamento para tratamento da saúde. Assim como, ressalto o aumento, ao longo dos anos, da quantidade de licenças de 6 a 60 dias. Em 2016, foram concedidas 232 licenças com concessão de 6 a 60 dias de afastamento, contra 55 licenças em 2012.

Tabela 8 – Quantidade de dias de afastamento concedidos pelas licenças para tratamento de saúde dos/as servidores/as do IFAL, entre 2012 a 2016.

Número de dias de afastamento concedidos pelas licenças	Ano de concessão das licenças				
	2012	2013	2014	2015	2016
1 a 5	146	184	228	244	287
6 a 15	17	29	48	54	113
16 a 30	27	36	45	60	78
31 a 60	11	18	37	42	41
61 a 90	6	5	7	13	25
91 a 120	4	3	4	4	5
121 ou mais	4	1	5	0	2
Total	215	276	374	417	551

Fonte: Autora, 2018.

Outro ponto importante de salientar é que um/a servidor/a pode ser contemplado/a com mais de uma licença no mesmo ano. Tal fato faz com que somados os números de licenças, ampliem-se os números de dias de afastamento para um/a mesmo/a servidor/a. Esse aspecto está visibilizado na Tabela 9, na qual podemos observar o número de dias de afastamento dos/as servidores/as para tratamento da saúde.

A Tabela 8 permite observar que, no período de 2012 a 2016, foram concedidas 12 licenças com 121 dias ou mais de afastamento. Entretanto, a Tabela 9 indica que, nesse mesmo período, 69 servidores/as estiveram afastados/as 121 dias ou mais para tratamento da saúde. Isso deve-se ao fato de que um/a servidor/a pode ser contemplado/a por mais de uma licença no mesmo ano.

Tabela 9 – Quantidade de dias de afastamento dos/as servidores/as para tratamento da saúde, entre 2012 a 2016, no IFAL.

Número de dias de afastamento dos/as servidores/as	Ano de concessão das licenças				
	2012	2013	2014	2015	2016
1 a 5	73	78	106	97	99
6 a 15	21	34	38	55	79
16 a 30	3	17	24	30	39
31 a 60	5	6	19	15	26
61 a 90	6	9	6	8	10
91 a 120	4	2	12	6	4
121 a 150	3	2	0	4	7
151 a 200	6	1	5	5	9
201 ou mais	3	3	6	6	9
Total	124	152	216	226	282

Fonte: Autora, 2018.

Esses dados referentes ao número de dias em que os/as servidores/as se ausentam de suas atividades laborais por questões de saúde são importantes para a reflexão das repercussões do processo de adoecimento dos/as trabalhadores/as. As questões referentes à saúde, muitas vezes, não são consideradas como políticas prioritárias para a gestão das instituições e só são observadas quando o adoecimento ocasiona a ausência e/ou afastamento das atividades laborais (BRASIL, 2008; BIZARRIA; TASSIGNY; FROTA, 2016). Cunha et al. (2009), em estudo realizado sobre afastamento do trabalho de servidores/as públicos/as, em Santa Catarina, no período de 1995 a 2005, refletem que as ações voltadas à saúde dos/as trabalhadores/as só tornam-se relevantes quando o adoecimento representa custos para o/a empregador/a, sendo neste caso, o Estado.

A preocupação com os custos gerados pelo absenteísmo-doença por vezes supera a significação do processo adoecimento-afastamento do trabalho, dando ênfase às políticas de controle de benefícios. Emerge a necessidade de visualizar as cifras do absenteísmo, na sua representatividade maior, de pessoas que estão adoecendo de forma alarmante, desprovidas de políticas de saúde (p.234).

Assim, para além dos fatores focados nos custos financeiros, é importante lançar o olhar para o adoecimento das pessoas inseridas nos contextos laborais, problematizando como as condições de vida e de trabalho podem estar relacionadas com esse processo de adoecimento.

6.6 – Motivos das licenças (CID)

Na Tabela 10 apresento os motivos de solicitações de licenças pelas/os servidoras/es com os códigos referentes à 10ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS). O SIASS não disponibilizou o código da CID das 1.833 licenças concedidas no período de 2012 a 2016, eu tive acesso ao código de apenas 1.129 delas. Ao solicitar relatório das concessões de Licenças para Tratamento de Saúde com o código da CID num determinado período, o sistema informatizado utilizado pelo SIASS não disponibiliza 100% das concessões num mesmo arquivo. Segundo as profissionais da unidade SIASS, esta é uma característica do sistema e não sabem por que o sistema funciona desta maneira. Elas consideram isto uma limitação, dificultando, inclusive, a realização de pesquisas. As profissionais também alegaram que não tiveram capacitação para trabalhar com o sistema, tornando mais difícil sua utilização.

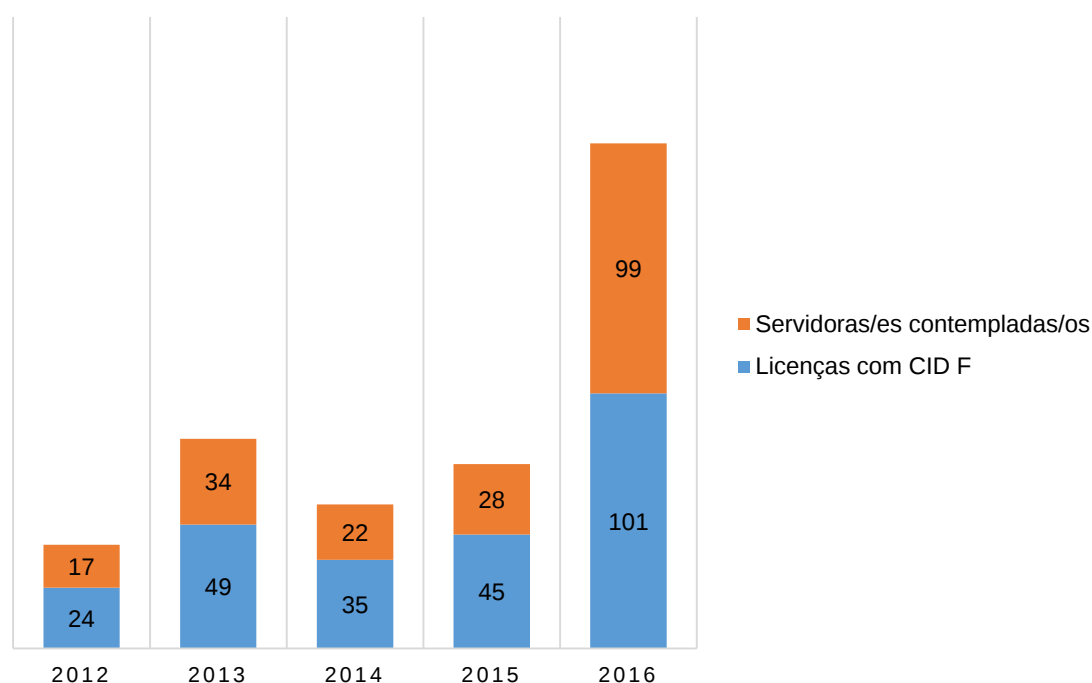
Tabela 10 – Licenças para tratamento de saúde dos/as servidores/as do IFAL, no período de 2012 a 2016, considerando os motivos (CID) das solicitações.

Motivos das solicitações (CID) das licenças para tratamento de saúde	Número de licenças concedidas	Número de servidores/as contemplados/as	Total de dias afastados
A00 a B99 - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	41	37	593
C00 a D48 - Neoplasias (tumores)	52	38	1.727
E00 a E90 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	11	11	244
F00 a F99 - Transtornos mentais e comportamentais	254	200	10.141
G00 a G99 - Doenças do sistema nervoso	25	25	690
H00 a H59 - Doenças do olho e anexos	56	54	1.004
I00 a I99 - Doenças do aparelho circulatório	75	65	3.184
J00 a J99 - Doenças do aparelho respiratório	64	63	1.718
K00 a K93 - Doenças do aparelho digestivo	58	58	1.218
L00 a L99 - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6	6	83
M00 a M99 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	132	114	3.997
N00 a N99 - Doenças do aparelho geniturinário	38	36	773
O00 a O99 - Gravidez, parto e puerpério	81	60	2.895
P00 a P96 - Algumas afecções originadas no período perinatal	1	1	60
R00 a R99 - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	8	7	86
S00 a S99 - Lesões e Traumatismos	79	63	2.267
T20 e T32 - Queimaduras e corrosões	5	4	190
T80 a T88 - Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte	1	1	15
V01 a V99 - Causas externas de morbidade e de mortalidade (ex.: acidentes)	1	1	90
Y40 a Y84 - Complicações de assistência médica e cirúrgica	1	1	30
Z00 a Z99 - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (ex.: cirurgias plásticas, pós-cirúrgico, etc.)	140	126	3.241
Total	1.129	971	34.246

Fonte: Autora, 2018.

Durante os anos de 2012 a 2016, as licenças para tratamento de saúde dos/as servidores/as representaram mais de 34.246 dias de afastamento das atividades laborais⁵⁰. O principal motivo de concessões de licenças para tratamento de saúde são os considerados transtornos mentais e comportamentais, os quais somam 254 licenças, para 200 servidores/as e ocasionaram 10.141 dias de afastamento das atividades laborais. Na Figura 7 apresento o aumento, a cada ano, do número de licenças devido aos transtornos mentais e comportamentais.

Figura 7 – Licenças para tratamento de saúde dos/as servidores/as do IFAL, devido aos transtornos mentais e comportamentais, no período de 2012 a 2016.

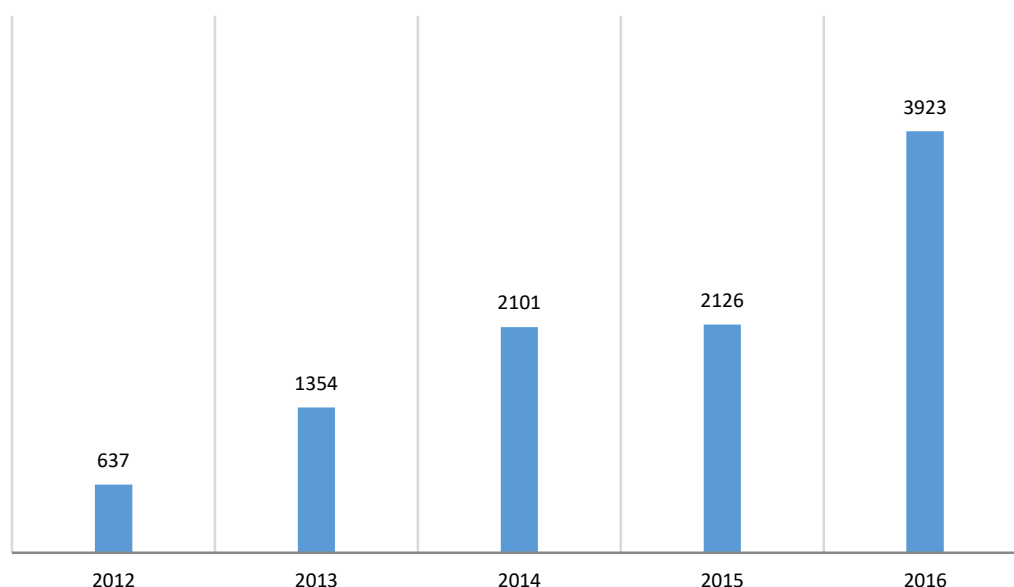


Fonte: Autora, 2018.

Observa-se um aumento, ano após ano, na quantidade das licenças devido a questões de saúde mental. O número de afastamentos concedidos em 2016 é quatro vezes maior comparando-se com 2012. Destaco também que de 2015 para 2016 houve um aumento de mais de 100% na quantidade de licenças – de 45 para 101 – e de mais de 300% no número de servidoras/es afastadas/os – de 28 para 99.

⁵⁰ O número de dias de afastamento dos/as servidores/as é superior ao apresentado, considerando que não foram disponibilizadas informações de 100% das concessões de licenças para tratamento de saúde, no período de 2012 a 2016, no IFAL.

Figura 8 – Quantidade de dias de afastamento concedidos pelas licenças para tratamento de saúde dos/as servidores/as do IFAL, devido aos transtornos mentais e comportamentais, entre 2012 a 2016.



Fonte: Autora, 2018.

A Figura 8 permite visualizar que as licenças concedidas com CID relacionados aos transtornos mentais e comportamentais acarretaram mais de 10.141 dias de afastamento das atividades laborais, no período de 2012 a 2016⁵¹. Considerando que as licenças para tratamento de saúde dos/as servidores/as, nesse mesmo período, ocasionaram mais de 34.246 dias de ausência no trabalho, ressalto que os afastamentos por questões de saúde mental representam quase 1/3 do número total de dias de licenças concedidas.

Na Tabela 11 apresentamos de forma detalhada os CID das licenças para tratamento de saúde relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais, no período de 2012 a 2016.

⁵¹ Considerando que o SIASS não disponibilizou informações de 100% das concessões de licenças para tratamento de saúde, no período de 2012 a 2016, no IFAL, destaca-se que esse quantitativo está abaixo do número real.

Tabela 11 – Licenças para tratamento de saúde dos/as servidoras/es do IFAL, devido aos transtornos mentais e comportamentais, no período de 2012 a 2016.

Motivos das solicitações (CID) das licenças para tratamento de saúde	Número de licenças concedidas	Número de servidores/as contemplados/as	Dias de afastamento
Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos			
F064 - Transtornos da ansiedade orgânicos	1	1	14
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa			
F10 a F103 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	8	5	1105
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.			
F200 a F209 - Esquizofrenia paranóide	7	6	567
F23 a F232 - Transtornos psicóticos	6	5	395
F251 - Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo	2	1	120
F29 - Psicose não-orgânica não especificada	4	4	138
Transtornos do humor (afetivos).			
F300 - Hipomania	1	1	1
F31 a F317 - Transtorno afetivo bipolar	27	22	1089
F32 a F323 - Episódios depressivos	57	50	2380
F33 a F334 - Transtorno depressivo recorrente	42	31	1428
F34 - Transtornos de humor (afetivos) persistentes	1	1	60
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes.			
F401 - Fobias sociais	1	1	30
F41 - Outros transtornos ansiosos	3	3	41
F410 - Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)	13	8	670

F411 - Ansiedade generalizada	18	11	468
F412 - Transtorno misto ansioso e depressivo	13	12	316
F419 - Transtorno ansioso não especificado	2	2	36
F428 - Outros transtornos obsessivo-compulsivos	1	1	16
F429 - Transtorno obsessivo-compulsivo não especificado	1	1	90
F43 - Reações ao stress grave e transtornos de adaptação	10	9	313
F430 - Reação aguda ao stress	7	7	96
F431 - Estado de stress pós traumático	3	2	90
F432 - Transtornos de adaptação	22	12	555
F438 - Outras reações ao stress grave	1	1	3
F445 - Convulsões dissociativas	1	1	30
F99 - Transtorno mental não especificado em outra parte	2	2	90
Total	254	200	10141

Fonte: Autora, 2018.

A Tabela 11 permite identificar que, de modo geral, no período entre 2012 a 2016, as licenças para tratamento da saúde relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais são, em sua maioria, ocasionadas pelos “transtornos do humor (afetivos)”. Foram 128 afastamentos para 105 servidores/as e representaram 4.958 dias de ausência no trabalho. Dentre os “transtornos do humor (afetivos)”, destacaram-se os “episódios depressivos” – com 57 licenças para 50 trabalhadores/as e ocasionou 2.380 dias de afastamento – e os “transtornos depressivos recorrentes” – com 42 licenças para 31 servidores/as e representou 1.488 dias de ausências.

Em seguida, ressalto a quantidade significativa de licenças devido aos “transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o *stress* e transtornos somatoformes”. Foram 96 afastamentos concedidos a 71 trabalhadoras/es e provocaram 2.754 dias de ausência no trabalho. Dentre esses “transtornos”, destaco os relacionados à ansiedade – com 49 licenças para 36 servidoras/es e que representaram 1.531 dias de afastamento – e as reações e estados associados aos *stress* – com 43 licenças para 32 trabalhadoras/es e que ocasionaram 1.087 dias de ausências.

Outro ponto relevante, foram as licenças concedidas devido ao uso abusivo de álcool que provocaram muitos dias de afastamento. Foram 8 licenças para 5 servidoras/es e acarretaram 1.105 dias de ausência nas atividades laborais.

Os afastamentos por questões de saúde mental apresentam altos índices no país e em Alagoas, tanto no serviço público, quanto no privado. De acordo com o Observatório Digital de Saúde e Segurança no Trabalho⁵², no qual podemos acessar dados de benefícios e afastamentos concedido pelo INSS, no período de 2012 a 2017, foram registrados no Brasil 1.503.718 afastamentos, sendo 973.767 (64,76%) por acidentes; 520.851 (34,64%) por doenças e 9.100 por outras causas. No que diz respeito ao sexo, durante esse período, 1.066.450 (70,22%) afastamentos foram concedidos a homens e 452.332 (29,78%) a mulheres. Ressalta-se também que a principal causa de afastamento entre os homens é devido aos acidentes, foram 767.590 trabalhadores afastados. Entretanto, a maior parte das mulheres se afastam “por doenças”, foram 236.588 trabalhadoras afastadas. Quando analisamos os afastamentos por doenças, observamos que os considerados transtornos mentais e comportamentais (CID F) estão em segundo lugar no número de ocorrências. Foram 64.794 afastamentos, concedidos a 27.920 homens e a 36.874 mulheres.

Ainda segundo o Observatório Digital de Saúde e Segurança no Trabalho, entre 2012 a 2017, foram registrados em Alagoas 14.969 afastamentos, sendo 6.230 (41,62%) por acidentes; 8.687 (58,03%) por doenças e 52 por outras causas. No que diz respeito ao sexo, 10.900 (72,43%) afastamentos foram concedidos a homens e 4.150 (27,57%) a mulheres. Assim como os dados a nível nacional, em Alagoas a principal causa de afastamento entre os homens deve-se aos acidentes, foram 5.485 trabalhadores afastados. Entretanto, a maior parte das mulheres se afastam “por doenças”, foram 3.362 trabalhadoras afastadas. No que diz respeito aos afastamentos por doenças, em Alagoas também observamos que os considerados transtornos mentais e comportamentais (CID F) estão em segundo lugar no número de ocorrências. Foram 705 afastamentos, concedidos a 395 homens e 310 mulheres.

Para o/a trabalhador/a ter assegurado os benefícios do INSS é preciso que haja o estabelecimento do que se denomina como “nexo causal”. O Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho, elaborado em 2001 pelo Ministério da Saúde, define como

⁵² Este Observatório foi desenvolvido e é mantido pelo Ministério Público do Trabalho em cooperação com a Organização Internacional do Trabalho. O acesso pode ser feito por meio do *link*: <<https://observatoriosst.mpt.mp.br>>

nexo causal como “o estabelecimento da relação causal ou do nexo entre um determinado evento de saúde – dano ou doença – individual ou coletivo, potencial ou instalado, e uma dada condição de trabalho” (p. 27). De acordo com Izabel Borsoi (2007):

Essa determinação está relacionada a uma visão de saúde no trabalho centrada na interpretação uni ou multicausal dos fenômenos relacionados à saúde/doença. Nesse caso, o que se leva em conta é o fato de que elementos ou fatores de risco específicos, quando atuam no organismo, causam enfermidades também específicas, legalmente reconhecidas como doenças profissionais ou relacionadas ao trabalho (p. 105).

Essa determinação do estabelecimento do “nexo causal” tem que ser analisada de forma crítica, para que não seja adotada uma perspectiva reducionista baseada numa relação de causa-efeito, sem considerar os determinantes e condicionantes sociais de saúde, as condições e a organização do trabalho no processo de adoecimento e sofrimento do/a trabalhador/a (CFP, 2008). Borsoi (2007) afirma que no que se refere a acidentes de trabalho, geralmente, é fácil reconhecer o agente causador do dano e o próprio dano. Entretanto, quando se trata de doenças ocupacionais, essa relação não é objetiva, nem sempre é diretamente concreta ou visível. Assim, nem sempre é possível identificar os determinantes do processo de adoecimento, para que este seja reconhecida como doença profissional ou relacionada ao trabalho, o que acaba ocasionando uma subnotificação e falta de amparo legal ao/à trabalhador/a.

Segundo Mendes e Wunsch (2007) os dados de afastamentos do INSS não representam a realidade do país, por conta da dificuldade do estabelecimento do “nexo causal” e por não contemplar todos/as os/as trabalhadores/as, por exemplo, trabalhadores/as informais e os/as servidores/as públicos/as. Esses/as últimos/as têm um Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) e não participam do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), gerido pelo INSS.

Para conhecimento das informações de afastamento dos/as servidores/as públicos/as federais do país fizemos uma solicitação ao Serviço de Informações ao Cidadão (E-SIC)⁵³ do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão e nos foi disponibilizado um arquivo em formato de planilha no programa *Microsoft Office Excel* com “dados brutos” sobre as licenças para tratamento de saúde, entre o período de 2009 a 2017. A partir desses dados construímos 10 planilhas agrupando as informações por ano e por CID. Essas informações nos permitiram identificar que nesse período foram

⁵³ Disponível em: < <https://esic.cgu.gov.br/> >

concedidas 904.304 licenças para tratamento da saúde para 792.351 servidores/as e representaram 1.777.905 dias de afastamento das atividades laborais. No que se refere às licenças por questões de saúde mental (CID F), identificamos que foram concedidas 24.365 licenças para 20.905 servidores/as e representaram 57.690 dias de ausência no trabalho. As informações disponibilizadas pelo E-SIC não nos possibilitaram fazer uma análise com marcadores de sexo/gênero, instituição e/ou região em que o/a servidor/a trabalha.

Outro dado importante refere-se aos afastamentos por doenças registrados na Universidade Federal de Alagoas (UFAL), visto que, assim como o IFAL, é uma instituição de ensino pública e federal. De acordo com o Fórum de Saúde Mental da UFAL, no período de agosto de 2016 a agosto de 2017, foram concedidas 474 licenças por questões de saúde mental e que representaram 5.283 dias de afastamento das atividades laborais. Na UFAL, os afastamentos relacionados à saúde mental (CID F) estão em segundo lugar nas ocorrências⁵⁴.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2008) os dados de adoecimento por questões de saúde mental no trabalho são subnotificados, uma das razões disso refere-se à dificuldade de relacionar o processo de adoecimento ao processo de trabalho (BRASIL, 2010; SILVA, 2013). Segundo Borsoi (2007)

Se muitas vezes, não se encontra respaldo suficiente para que determinados processos de adoecimento entre trabalhadores sejam qualificados como relacionados ao trabalho, no campo da saúde/doença mental a dificuldade se torna ainda maior, na medida em que não está dado esse caráter palpável, ou relativamente palpável, encontrado nos problemas que atingem diretamente o corpo. Aqui, navegamos em mar revolto – quando não pisamos em areia movediça. Isso porque, entre outras coisas, não é possível quantificar a vivência (p. 105).

Essa questão vai para além da garantia de direitos – como a concessão de benefícios da seguridade social – buscando a compreensão de que a dimensão do trabalho está relacionado ao processo saúde-doença. Vale, portanto, reconhecer que a inserção, ou mesmo a não inserção no mundo trabalho, assim como, o modo como o trabalho é organizado, os processos e o ambiente de trabalho podem ser desencadeadores de adoecimentos. A partir desse reconhecimento poderemos refletir sobre as possibilidades

⁵⁴ Disponível em: <<https://ufal.br/ufal/noticias/2017/9/forum-de-saude-mental-da-ufal-apresenta-dados-sobre-adoecimento-dos-servidores>>. Acesso em: julho de 2018.

de transformações nos processos e modos de organização do trabalho visando a prevenção de agravos, do adoecimento e do sofrimento da população inserida no mundo do trabalho. No próximo tópico abordarei de forma mais aprofundada a relação entre saúde mental e trabalho, traçando discussões com o contexto do IFAL.

CAPÍTULO 7 - SAÚDE MENTAL E TRABALHO NO IFAL

Os dados de afastamentos por questões de saúde mental apresentados no tópico anterior visibilizam a importância de refletirmos sobre a relação entre saúde mental e trabalho. No entanto, inicialmente vale destacar que ao falarmos em “saúde mental” não estamos nos baseando numa compreensão “dicotomizada” de mente/corpo, assim como, não estamos nos propondo a classificar o que é da ordem do corpo físico, orgânico e “objetivo” e o que é da ordem do mental, psíquico e “subjetivo”. Contudo, utilizamos como fundamento a concepção de integralidade da pessoa em suas múltiplas dimensões: biológica, psicológica, social, cultural, histórica, dentre outras que possam contribuir para a discussão da constituição do ser enquanto pessoa e em seu processo saúde-doença.

Outro ponto a ser destacado é que não temos como pretensão classificar o que é da ordem do “normal” e do “patológico”. No âmbito da garantia de direitos aos/as trabalhadores/as, no que se refere aos benefícios de seguridade social e das licenças para tratamento de saúde, existe a exigência legal dos atestados médicos, que acabam por classificar os sinais e sintomas apresentados pelos/as trabalhadores/as em diagnósticos (CIDs).

Nessa pesquisa me baseio na concepção de sofrimento psíquico formulada por Christophe Dejours (1987). Dejours deslocou seu objeto de estudo das psicopatologias do trabalho para o sofrimento no trabalho, isto implica não focar – apenas – nas “doenças mentais” e no que é considerado “patológico” mas em todos/as os/as trabalhadores/as que – em situações diversas, sejam pontuais ou prolongadas – vivenciam sofrimento psíquico.

O conceito de sofrimento é central para os estudos de Dejours, assim como, a concepção de organização do trabalho, a qual é definida pelo autor como a divisão do trabalho – ou seja, a divisão das tarefas, os ritmos impostos e os modos operatórios prescritos – e a organização dos/as trabalhadores/as para a realização dessas tarefas – representadas nas hierarquias, na estrutura da divisão de responsabilidades, nas relações de poder e nos sistemas de controle. Assim, os estudos de Dejours contribuem para a discussão acerca das relações que podem se estabelecer entre organização do trabalho e o sofrimento psíquico dos/as trabalhadores/as.

7.1 - Modos de organização do trabalho e sofrimento psíquico no contexto do IFAL

Dejours (1987) pontua que a preocupação com a saúde mental dos/as trabalhadores/as foi inserida tardiamente nas abordagens teóricas e práticas que têm como proposta a atenção à saúde das pessoas inseridas no mundo do trabalho. O autor afirma que durante muito tempo as abordagens tinham como foco “salvar o corpo dos acidentes, prevenir as doenças profissionais e as intoxicações por produtos industriais” (p. 18). Essas abordagens foram sendo desenvolvidas e aplicadas de forma limitada a partir de uma visão reducionista e focada no “corpo físico que sofre com os processos produtivos”.

Estamos talvez autorizados, hoje, a revisar o ponto de vista segundo o qual a exploração teria por alvo, diretamente, o corpo. E a inverter a problemática, insistindo nas mediações em jogo no exercício das exigências corporais. Tudo se daria como se as condições de trabalho nocivas só atingissem o corpo após tê-lo submetido, domesticado e adestrado como a um cavalo de tração. Docilidade que depende de uma estratégia inicialmente concernente ao aparelho mental, para dele anular as resistências que ele opõe, espontaneamente, à exploração (DEJOURS, 1987, p. 21).

Baseando-se nessa discussão de Dejours, refletimos mais uma vez acerca da impossibilidade de “dicotomizar” mente/corpo. Não há como dizer que a inserção no processo produtivo afeta apenas o corpo físico ou apenas a saúde mental, ou mesmo, não há como falarmos apenas de corpos. Precisamos refletir acerca da saúde integral da pessoa inserida no mundo do trabalho, concebendo também seu contexto histórico, econômico e cultural. A docilidade dos corpos, da qual Dejours se refere, está atravessada por todos esses fatores.

Dejours (1987) também elabora dois conceitos que ajudam na compreensão da relação entre saúde mental e trabalho: o comportamento livre e o comportamento estereotipado. Ressaltando que o uso do termo “comportamento” nesse contexto não se alinha às teorias “behavioristas”, mas o comportamento livre nos estudos de Dejours está relacionado aos desejos do/a trabalhador/a, configurando-se como uma orientação na direção do prazer. A questão que se põe é: o comportamento produtivo estereotipado ocupa o lugar de um comportamento livre? E o processo de exclusão do desejo causa sofrimento ao/à trabalhador/a?

A partir desses conceitos elaborados por Dejours, podemos pensar como está se dando a relação saúde-doença e trabalho no contexto do IFAL? Qual a relação entre os modos de organização de trabalho e sofrimento psíquico no IFAL?

A pesquisa – citada anteriormente – realizada por Vieira (2017) com TAEs que atuam na Reitoria do IFAL, pode contribuir com nossas reflexões. Esse estudo destacou diversas situações no trabalho que, segundo os/as servidores/as, são geradoras de sofrimento e adoecimento. Pontuamos que as situações relatadas estão relacionadas aos modos de organização do trabalho, tais como: o excesso de atividades burocráticas; a sobrecarga de trabalho correlacionada ao número insuficiente de profissionais para atender as demandas e à demasiada responsabilização do/a servidor/a frente aos atos executados em nome da administração pública federal; a inflexibilidade nas normas e organização institucional, a qual dificulta a participação dos/as trabalhadores/as na organização dos processos de trabalho; os sistemas de controle de jornada de trabalho (registro de controle de frequência por meio de ponto eletrônico); e a intensificação do trabalho, no que se refere ao fato do trabalho ocupar muito tempo e espaço na vida do/a servidor/a. Isso se reflete nas horas extras, no trabalho que é levado para casa e que excede a carga horária semanal, no trabalho realizado aos finais de semana e durante as horas que deveriam ser de descanso. Outros fatores relatados pelos/as servidores/as referem-se ao sentimento de insatisfação com o trabalho e a desvalorização do trabalho desenvolvido por esses/as profissionais, os/as quais muitas vezes são invisibilizados ou considerados como menos importantes.

Dejours (1987) pontua que os modos rígidos de organização do trabalho podem ocasionar sofrimento aos/às trabalhadores/as e dificultam as possibilidades do/a trabalhador/a modificar seu processo de trabalho. O autor ilustra o trabalho artesanal como uma atividade que possibilita “a livre estruturação do modo operatório” por parte do/a trabalhador/a. Ou seja, o/a trabalhador/a artesão/artesã tem possibilidades de construir seu modo e ritmo de trabalho, a estruturação de sua tarefa, sua inventividade, ao mesmo tempo em que investe afetos na realização daquele trabalho. Para Dejours (1987):

Ao inverso da livre estruturação do modo operatório, que caracteriza o trabalho artesanal, a organização do trabalho rígida e imposta, que caracteriza a maior parte das tarefas industriais, aparece, inicialmente, como um obstáculo à livre estruturação da tarefa. A organização do trabalho, fixada externamente pelas chefias, pode, em certos casos, entrar em choque com o compromisso operatório favorável, que o trabalhador teria instituído espontaneamente (p. 128).

Nesse contexto, Dejours está referindo-se ao trabalho da classe operária industrial, mas podemos trazer essas reflexões para o serviço público e, mais especificamente, para

o IFAL. Na pesquisa realizada por Vieira (2017), quando os/as servidores/as relatam como causa de sofrimento/adoecimento no trabalho: o excesso de atividades burocráticas; a sobrecarga de trabalho; a inflexibilidade nas normas e organização institucional, a qual dificulta a participação dos/as trabalhadores/as na organização dos processos de trabalho; os sistemas de controle de jornada de trabalho (por meio de ponto eletrônico); e a intensificação do trabalho; apontamos que eles/as podem estar indicando modos rígidos de organização do trabalho.

Dejours (1987) também aborda o conceito de “conteúdo significativo do trabalho” que está relacionado ao sentido que o/a trabalhador/a atribui à sua atividade laboral. O autor reflete acerca do investimento afetivo, da motivação e do desejo que são direcionados ao trabalho, destacando que esses podem estar associados com a (in)satisfação no/do trabalho. Quando o/a trabalhador/a não vê sentido no seu trabalho isso pode lhe gerar sofrimento psíquico. O “conteúdo significativo do trabalho” também tem relação com as construções sociais em torno de uma atividade laboral. O estudo de Vieira (2017) também nos traz subsídios para refletir sobre esses aspectos no contexto do IFAL, pois os/as servidores/as pontuaram como fatores que ocasionam sofrimento/adoecimento o sentimento de insatisfação com o trabalho; a desvalorização do trabalho desenvolvido por eles/as; e o sentimento de responsabilização das tarefas que desenvolvem, uma vez que respondem por atos da administração pública federal.

Dejours (1987) também pontua que os modos de organização do trabalho tanto podem acarretar a individualização do/a trabalhador/a frente ao seu sofrimento quanto podem proporcionar a construção de estratégias de defesas coletivas para o sofrimento ocasionado pelo trabalho. Como exemplo de organização de trabalho que ocasiona a individualização do/a trabalhador/a, o autor destaca o trabalho “taylorizado”. Taylor formulou a Organização Científica do Trabalho, a qual tinha como objetivo o aumento da eficiência do trabalho e da produtividade. O “modo operatório” devia ser “cientificamente estabelecido”, isso determinava o ritmo da produção. Taylor também formulou o princípio de que os/as trabalhadores/as deveriam ser divididos, de acordo com suas aptidões, fracionando as tarefas em etapas da produção. Assim, baseando-se na organização racional do trabalho e na concepção da economia do esforço, o “modo operatório” complexo foi substituído por gestos simples que pudessem ser executados de forma mais ágil e rápida por cada operário/a. Somado a esse regime de produção foram instituídos sistemas de controle, ou seja, eram fixados tempos para que cada atividade fosse realizada, exigindo-se qualidade, eficiência e aumento da produção. Esse modo de

produção não permitia “pontos de encontros” entre os/as trabalhadores/as, entretanto, muitas vezes, colocava uns contra os outros, pois o/a trabalhador/a que causasse atraso em sua etapa, prejudicava o trabalho dos/as demais.

Para Dejours (1987) a Organização Científica do Trabalho proposta por Taylor:

(...) traduz-se por um tripla divisão: divisão do modo operatório, divisão do organismo entre órgãos de execução e órgãos de concepção intelectual, enfim, divisão dos homens, compartimentados pela nova hierarquia consideravelmente inchada de contra-mestres, chefes de equipe, reguladores, cronometristas etc. O homem no trabalho, artesão desapareceu para dar à luz a um corpo instrumentalizado-operário de massa-despossuído de seu equipamento intelectual e de seu aparelho mental. Além do mais, cada operário é isolado dos outros. Às vezes é até pior, pois o sistema pode colocá-lo em oposição aos outros. Ultrapassado pelas cadências, o operário que “atrasa” atrapalha os que estão atrás dele na corrente dos gestos produtivos. O trabalho taylorizado engendra, definitivamente, mais divisões entre os indivíduos do que pontos de união. Mesmo se eles partilham coletivamente da vivência do local de trabalho, do barulho, da cadência e da disciplina, o fato é que, pela própria estrutura desta organização do trabalho, os operários são confrontados um por um, individualmente e na solidão, às violências da produtividade. Tal paradoxo do sistema que dilui as diferenças (...) individualiza os homens frente ao sofrimento (p. 39).

Quando se fragiliza a coletividade dos/as trabalhadores/as, quando se adapta “o homem ao trabalho” – conforme propunha Taylor – e ao se instaurar sistemas de vigilância e controle, “não restam senão corpos isolados e dóceis, desprovidos de toda iniciativa” (DEJOURS, 1987, p. 42). Esse tipo de organização do trabalho anula as defesas coletivas e promove a individualização do sofrimento. As redes relacionais são dissolvidas e ficam fragilizadas. Dejours (1987) também destaca que o trabalho em equipe, cujo sentido é partilhado em grupo, torna possível a realização de defesas coletivas.

Mais uma vez, observamos que Dejours está se referindo ao trabalho da classe operária industrial, contudo as reflexões formuladas pelo autor podem contribuir com as discussões acerca da configuração no serviço público e, mais especificamente, no IFAL. Certa vez, eu estava conversando com dois colegas que trabalham no IFAL⁵⁵ e eles me relataram vivências que tiveram em seus espaços de trabalho. Ambos atuam no mesmo Campus, localizado num município do interior do Estado, mas em ambientes organizacionais diferentes. Vou relatar aqui as vivências dos dois para refletir acerca dos

⁵⁵ Ressaltando que sou servidora do IFAL desde março de 2015.

modos de organização do trabalho e a construção de estratégias coletivas ou individuais de defesa frente ao sofrimento produzido no trabalho.

A primeira vivência que irei relatar é de Maria⁵⁶. Ela atua num ambiente organizacional que tem como objetivo o desenvolvimento de políticas voltadas à assistência estudantil. Esse ambiente organizacional é constituído por profissionais que compõem uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Essa equipe instituiu em seu cotidiano de trabalho o desenvolvimento de processos de trabalho coletivos, desde a instituição dos horários de trabalho, ao desenvolvimento de ações, construção de espaços de diálogos presenciais e virtuais – reuniões, e-mails, grupos em aplicativos de mensagens – para discussão dos processos de trabalho, realização de reuniões de planejamento e avaliação das ações, discussão dos acompanhamentos aos/às estudantes e tentativas de estratégias coletivas para atendimento das demandas estudantis. Podemos caracterizar essa organização de trabalho como promotora de “pontos de encontros” entre esses/as trabalhadores/as.

Vale pontuar que também existem conflitos na equipe em seu cotidiano de trabalho, os quais são debatidos coletivamente e busca-se soluções também coletivas. Certo dia, houve modificações na gestão e Maria começou a ter conflitos com sua nova chefia. De acordo com Maria, sua nova chefia desenvolveu um modelo de gestão hierarquizado, autoritário, com tomadas de decisões verticalizadas – de cima para baixo – sem o estabelecimento de diálogo. A nova chefia também começou a interferir na forma como o trabalho deveria ser feito, exigindo “modos operatórios” – utilizando o termo formulado por Dejours (1987) – também sem construção de diálogo.

A nova forma como estava sendo conduzida a gestão dos processos e organização do trabalho, começaram a causar sofrimento psíquico em Maria e na equipe profissional em que ela estava inserida. Diante disto, os/as profissionais que atuam nesse ambiente organizacional começaram a conversar, entre si, sobre essas angústias, assim como, começaram a discutir estratégias coletivas para buscar solucionar os conflitos que estavam surgindo e para modificar a nova organização e os novos processos de trabalho que a gestão estava estabelecendo – e que de certa forma estavam sendo impostos.

Não vou me ater aqui as estratégias que foram criadas pelo grupo ou aos fatos que ocorreram posteriormente, mas quero destacar que, segundo Maria, foi importante o sentimento de grupo, de que “ela não estava sozinha”. Para ela, essa organização coletiva

⁵⁶ Nome fictício.

minimizou seu sofrimento no trabalho e preveniu seu adoecimento. Assim como, Maria enfatizou que a atividade que ela desenvolve na instituição se caracterizou como uma estratégia de enfrentamento do sofrimento, pois sua atividade profissional está diretamente relacionada ao atendimento das demandas estudantis, ou seja, ela tem contato diário com os/as estudantes. Tal fato proporciona criação de outros vínculos, redes relacionais e de afetos. Maria afirma que vê seu trabalho repercutir em transformações sociais por meio do desenvolvimento de políticas públicas. Esse aspecto pode estar alinhado com o conceito de “conteúdo significativo do trabalho”, proposto por Dejours e que se relaciona com os sentidos que o/a trabalhador/a atribui à sua atividade laboral e reverbera em sua (in)satisfação no trabalho.

A segunda vivência é sobre João⁵⁷. Ele atua num ambiente organizacional responsável pelo desenvolvimento de atividades administrativas e burocráticas. João trabalha numa sala com mais seis profissionais, tendo cada um deles uma atividade específica, ou seja, cada um é responsável por um segmento administrativo específico – por exemplo: processos de licitação; patrimônio; transportes, dentre outros. O modo de organização desse ambiente é caracterizado por uma certa segmentação do trabalho, assim, cada profissional atua de forma independente, sem necessariamente estabelecer diálogo com os/as demais. O trabalho é predominantemente realizado nos sistemas *on-line* e com os “papéis” (processos). Não existe no cotidiano de trabalho o estabelecimento de diálogo constante e contínuo. Os diálogos referentes aos processos de trabalho são pontuais, quando necessários, pois no cotidiano do trabalho segmentado, a construção de ações articuladas são esporádicas e pontuais. A compreensão é a de o trabalho de um não influencia diretamente ou necessariamente no trabalho do outro.

Para além das tarefas do trabalho, de acordo com João, também não há um sentimento de equipe, a construção de vínculos, o estabelecimento de afetos e solidariedade. Ao invés disso, há um certo clima de competitividade e rivalidade. João, assim como Maria, também teve problemas com sua chefia, devido a divergências no entendimento de como os processos de trabalho deveriam ser conduzidos. Os problemas persistiram, causando sofrimento psíquico em João. No entanto, diferente de Maria, ele não estava inserido em um ambiente organizacional caracterizado por modos de organização de trabalho que favorecem o estabelecimento de estratégias coletivas para o

⁵⁷ Nome fictício.

enfrentamento do sofrimento, assim como, não houve a construção de redes de suporte ou solidariedade diante da vivência de João.

O resultado desse modo de organização de trabalho foi a individualização do trabalhador diante do seu processo de sofrimento. João, por sua iniciativa e por meio do seu plano de saúde, começou a ser acompanhado por uma psicóloga e por um médico psiquiatra, o qual prescreveu tratamento medicamentoso e lhe concedeu um atestado médico. João aderiu ao tratamento com psicofármacos e solicitou licença para tratamento da saúde na unidade SIASS do IFAL, a qual foi concedida. João afirmou que solicitou a licença porque não “tinha forças e motivação para ir trabalhar naquele local de trabalho”. Observa-se que o fator gerador do sofrimento não era “trabalhar”, mas as condições, os processos e a organização do seu trabalho – que também envolvem o ambiente e as relações de trabalho.

Esses dois exemplos ilustram como as diferentes formas de organização de trabalho podem proporcionar a construção de estratégias de defesas coletivas para o enfrentamento do sofrimento ou, por sua vez, podem provocar a individualização do/a trabalhador/a diante do seu processo de sofrimento. Dejours (1987) também pontua que os modos de organização do trabalho podem possibilitar – ou não – a construção de redes relacionais e de afetos entre os/as trabalhadores/as. Quando essa rede não é estabelecida e ao invés dela cria-se um clima de competitividade e desarmonia, isso pode gerar sofrimento psíquico nos/as trabalhadores/as. Para Dejours (2004) “trabalhar não é unicamente produzir: é, também, e sempre, viver junto” (p.32). O autor também destaca que os modos de organização de trabalho podem promover:

(...) a individualização e o apelo à concorrência generalizada entre as pessoas, entre as equipes e entre os serviços. (...) A concorrência entre os agentes e a precarização das formas de emprego conduzem ao desenvolvimento de condutas desleais entre pares e à ruína das solidariedades. O resultado destas práticas gerenciais é o isolamento de cada indivíduo, a solidão e a desagregação do viver junto (DEJOURS, 2004, p. 34).

O relato da vivência de João também pode contribuir para a reflexão sobre a “medicalização do sofrimento psíquico”. Dejours (1987) afirma que isso não resolverá a questão, pois não extinguirá o conflito trabalho-trabalhador/a e pode ser feita com a finalidade de – apenas – “silenciar os sintomas”. O autor afirma que:

Nas abordagens terapêuticas, dever-se-ia diminuir um pouco a parte dedicada às condutas prescritas ou ordenadas a sujeitos que devem executá-las pacientemente e com disciplina. (...) Seria

necessário, ao contrário, dar mais ênfase à parte que, nos tratamentos médicos mobiliza o sujeito em seu tratamento. (...) É preciso antes conhecer, analisar e elucidar as estratégias que eles mesmos elaboram para lutar contra a doença, a loucura e a morte. Somente a partir destas estratégias inventada pelos doentes teremos chances de não mais preconizar esta orientação dos técnicos de tratamento como um ideal. (...) Perceberemos então que tratar não consiste simplesmente em executar as prescrições elaboradas ou prescritas em uma lógica estritamente médica (DEJOURS, 1987, p. 165).

Diante disso, é importante considerar que na atenção à saúde do/a trabalhador/a, o/a trabalhador/a deve ocupar o lugar de protagonista em seu processo de enfrentamento do sofrimento e não ser concebido como um “objeto”, “sujeito passivo” ou “paciente”. É necessário romper com modelos de atenção à saúde fundamentados numa concepção “medicalizante”, buscando compreender os sentidos que o/a trabalhador/a constrói sobre seu processo de adoecimento e o modo como cada pessoa reage às situações de sofrimento vivenciadas, a partir da sua história de vida. Assim, pode-se valorizar o “saber” do/a trabalhador/a visando ressignificar seu processo de adoecimento e permitindo a autonomia dele/a em relação ao tratamento.

Outro ponto a se discutir é que a atenção à saúde mental do/a trabalhador/a baseada no modelo que centra-se na “medicalização do sofrimento” está amparada pela concepção de que o sofrimento/adoecimento está ligado a fatores individuais, desconsiderando o contexto no qual a pessoa está inserida. De acordo com Silva (2013) a medicalização do sofrimento psíquico pode “camuflar os problemas sociais causados pelos processos de trabalho estabelecidos no modo de produção, tornando-os invisíveis” (p. 262). Assim, o sofrimento no trabalho não deve ser concebido numa perspectiva “individualizante”, mas é importante considerar as questões históricas, culturais e sociais que estão relacionadas a essa produção de sofrimento/adoecimento. Compreendendo também que os processos e os modos de organização de trabalho fazem parte desse contexto.

7.2 - Estigmas e construções sociais sobre saúde/adoecimento mental e sofrimento psíquico e sua relação com o trabalho

Outro ponto importante a ser discutido são os estigmas e as concepções sociais que são construídas sobre saúde/adoecimento mental e sofrimento psíquico e sua relação

com o trabalho. Em um dos diálogos que tive com Maria e João, no momento em que ela e ele estavam relatando suas vivências de sofrimento no trabalho, João afirmou que se sente “fraco” porque Maria tinha passado por situações “semelhantes” as que ele vivenciou, mas “o desfecho da história de cada um” foi diferente. Maria, então, ressaltou que o fato dela estar inserida numa equipe de trabalho que possibilitou o enfrentamento do sofrimento de forma compartilhada e coletiva e contribuiu para que ela criasse outros tipos de estratégias para o enfrentamento do sofrimento. A fala de João nos faz refletir sobre a “culpabilização” da pessoa diante do seu processo de sofrimento. Ainda existe um estigma em torno das questões referentes à “saúde-doença mental” e ao sofrimento psíquico. A pessoa em processo de adoecimento que é afastada de suas atividades laborais por conta de sofrimento psíquico, muitas vezes, é vista como “fraca” e “frágil”, pois socialmente acredita-se que esse trabalhador/a está cedendo ao sofrimento e que não está sendo forte o suficiente para superá-lo. Realiza-se, assim, a “culpabilização” da pessoa em sofrimento psíquico. Constrói-se a concepção de que esse/a trabalhador/a se entregou ao sofrimento e que tem absolutas condições de – sozinho/a – sair dele. Sobre esses aspectos Dejours (1987) afirma:

Maciçamente, com efeito, emerge uma verdadeira concepção da doença, própria ao meio. Concepção dominada pela acusação. Toda doença seria, de alguma forma, voluntária. Se a gente está doente, é porque é preguiçoso. Quando a gente está doente, se sente julgado pelos outros. Acusação cuja origem não se conhece claramente, acusação pelo grupo social no seu conjunto. (...) Quando um cara está doente, acusam esse cara de passividade, e se ele se afunda ainda mais na doença e no sofrimento, é porque ele quer e porque ele cede à passividade. (...) Um verdadeiro consenso social se depreende assim, que visa a condenar a doença e o doente (p. 29).

Dejours (1987) também pontua que esses fatores sustentam uma lógica de silenciar o sofrimento. “O corpo só pode ser aceito no silêncio dos órgãos; somente o corpo que trabalha, o corpo produtivo do homem, o corpo trabalhador da mulher são aceitos; tanto mais aceitos quanto menos tiver necessidade de falar deles” (p. 32). Borsoi (2007) pontua que o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, muitas vezes, não é expressado pelo/a trabalhador/a, pois o ambiente de trabalho não é visto como um espaço de expressão do sofrimento. Existe uma idealização de que o bom e a boa profissional tem que ser produtivo/a, pró-ativo/a e que ele/a tem que demonstrar força para superar – individualmente – as adversidades. Esse é o discurso que se vende e que se compra dos/as profissionais – ditos – de sucesso. Outro ponto a se considerar é o fato de que existe uma construção social em relação à produtividade, ou seja, as pessoas consideradas produtivas

têm um valor social e a pessoa considerada doente é vista como improdutivo. Assim, “em um contexto de valorização da capacidade produtiva das pessoas, estar doente pode significar, para o trabalhador, ser indesejável ou socialmente desvalorizado” (MENDES; WUNSCH, 2007, p. 155).

Borsoi (2007) também reflete sobre outro ponto que diz respeito a uma construção social que é feita em torno da “saúde física” e “saúde mental” – se é que é possível separá-las. Mas, o que a autora aponta é que quando somos acometidos por uma doença que atinge nosso “corpo físico e orgânico”, não somos questionados sobre a existência da mesma. No sentido de que, muitas vezes, essas patologias são fisicamente visíveis, palpáveis, podem ser mensuradas ou diagnosticadas por meio de exames clínicos e laboratoriais. A saúde/doença mental, por sua vez, é considerada como de “ordem subjetiva”, não pode ser palpável, mensurada e não é quantificável. Assim, muitas vezes, o sofrimento psíquico é desconsiderado e recebe um tratamento distinto daquele que é dado às doenças que acometem o “corpo físico”, colocando-se em dúvida o sofrimento psíquico vivenciado pelo/a trabalhador/a.

Borsoi (2007) prossegue destacando que esse estigma construído em torno da saúde mental, geralmente, não é feito em torno de outras patologias. A autora traz como exemplo as lesões por esforço repetitivos (LER) que:

Neste caso, embora se trate de uma patologia que atinge partes específicas do corpo, ela se manifesta por sintomas difíceis de serem detectados através dos sentidos tátil ou visual, ou, ainda, por meio de exames complementares. Seu diagnóstico é, fundamentalmente, baseado no relato do paciente que sente a dor, esta entendida como de ordem subjetiva, uma experiência absolutamente individual, imensurável, intocável e invisível (p. 108).

Vale pontuar, inclusive, que são significativos os dados de afastamento das atividades laborais devido a doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, as quais muitas delas estão associadas ao relato de dor, como por exemplo, LER/DORT, tendinites, bursite, artrite, artrose, doenças que acometem a coluna, dentre outras. Entre 2009 a 2017, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo ocuparam o terceiro lugar no número de ocorrências como causa para licenças para tratamento de saúde de servidores/as públicos/as federais⁵⁸. O mesmo acontecimento foi identificado no IFAL, durante o período de 2012 a 2016, as doenças do sistema osteomuscular e do

⁵⁸ De acordo com os dados construídos pelas informações cedidas pelo MPDG, por meio do E-SIC, durante 2009 a 2017, foram concedidas 102.399 licenças para tratamento de saúde para 91.714 servidores/as, as quais representaram 242.542 dias de ausência no trabalho.

tecido conjuntivo também ocuparam o terceiro lugar no número de ocorrências; foram concedidas 132 licenças para 114 servidores/as e representaram 3.997 dias de ausência no trabalho. Nos afastamentos concedidos pelo INSS, entre 2012 a 2017, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo ocuparam o primeiro lugar no número de ocorrências, tanto no que se refere aos dados a nível nacional, quanto nos dados referentes ao Estado de Alagoas⁵⁹.

A partir dessas discussões podemos refletir sobre a vivência da dor e do sofrimento - seja físico ou mental – em pessoas inseridas no âmbito do trabalho. É importante também refletirmos acerca de como a inserção no trabalho está relacionada ao processo saúde-doença. Para Dejours (1987) “o trabalho não é nunca neutro em relação à saúde” (p. 164) e as condições em que esse trabalho é realizado pode ser fonte de prazer ou de sofrimento. Não se trata também de adotar um conceito de saúde compreendida como ausência de doenças ou de sofrimento. Dejours et. al. (1993) inclusive faz críticas ao conceito de saúde postulado pela Organização Mundial da Saúde, a qual define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. O autor afirma que podemos:

(...) pôr em dúvida a existência deste “estado” de completo bem-estar. Pode-se mesmo afirmar que este estado não existe. (...) A Fisiologia nos ensina que o organismo não é um estado invariável... mas em perpétuo desequilíbrio, seguido, graças aos dispositivos de regulação, de um retorno ao equilíbrio. A concentração do açúcar no sangue, por exemplo, muda ao longo do dia. Quando comemos ele aumenta, em seguida, retoma a seu valor inicial após mais ou menos duas horas. Não há no organismo senão “variáveis”, e nunca “constantes biológicas”, contrariamente ao que se ouve dizer em linguagem popular. (...) o organismo está em perpétuo movimento e que não há nada, por assim dizer, de fixo ou de constante em um organismo vivendo normalmente. A saúde, seguramente, não é um estado calmo, estável, plano, uniforme (DEJOURS et. al., 1993, p. 99-100).

No que diz respeito à saúde mental, Dejours et. al. (1993) reflete acerca das implicações dessa concepção de “completo bem-estar”. Segundo o autor, “não só a definição de bem-estar psíquico é difícil de formular, mas uma tal definição é perigosa, pois ela tem implicações sociais e políticas que não estamos certos de poder controlar” (p. 101). Assim, podemos refletir que a construção em torno da possibilidade de “completo bem-estar psíquico” pode subsidiar o estabelecimento da diferenciação e

⁵⁹ De acordo com os dados construídos a partir das informações acessadas no Observatório Digital de Saúde e Segurança no Trabalho, durante 2012 a 2017, foram concedidas 358.246 afastamentos no Brasil, sendo que 6.496 foram no Estado de Alagoas.

dicotomização de normalidade/anormalidade, tomando esses conceitos sem uma contextualização histórica, social e cultural. Diversos/as autores/as (BORGES; ARGOLLO, 2002; BORSOI, 2007; TSCHIEDEL; TRAESEL, 2013) corroboram com a discussão de Dejours e pontuam que não é simples propor uma definição de saúde/adoecimento mental. Assim como, compreendem que saúde mental não implica a ausência de adoecimento e/ou sofrimento psíquico.

7.3 – Produção de saúde/adoecimento mental e sua relação com o trabalho

Consideramos que cada trabalhador/a terá uma forma única e singular de passar pelo sofrimento/adoecimento e de se relacionar com o trabalho. Não há prescrição que vá servir a todos/as de forma única e universal, bem como, não há como definir padrões de normalidade. Inclusive, Dejours et. al. (1993) destaca que o sofrimento/adoecimento pode ser o que movimenta determinado/a sujeito em direção ao seu trabalho.

Como ilustração dessa relação, Dejours (1987) cita exemplo sobre a aviação de caça. Nessa profissão são inerentes as precárias condições de trabalho e os riscos: os espaços dentro do avião são desconfortáveis; o trabalho exige que seja empregada muita força física; as variações de temperatura e mudanças de pressão podem ser consideradas difíceis de suportar e podem expor o piloto a riscos; as acelerações positivas ou negativas podem ocasionar “desordens” no sistema cardiovascular; além dos riscos de acidentes e morte. “A menor falha neste mecanismo complexo (homem-máquina) pode, em uma fração de segundo, significar a morte” (DEJOURS, 1987, p. 82). O autor então questiona: por que alguém escolheria ser piloto de caça? É claro que cada pessoa terá motivos singulares e específicos para tal escolha, mas Dejours (1987) reflete, com esse exemplo, que mesmo em situações de trabalho que possam gerar angústia, tensão e medo, não há como determinar o que ocasionará sofrimento/adoecimento no trabalhador/a e que, talvez, sejam esses sentimentos adversos que, em alguns casos, produzam o trabalho.

A angústia aparece, então, como um motor, uma força que impulsiona a ação. A angústia contribui, assim, para a formulação dos objetivos, das metas, que, uma vez atingidos, atenuam a angústia, mas não a impedem de ressurgir em seguida. (...) Mas, durante este percurso, o sujeito traça sua vida, sua experiência, ele se transforma, modificando a realidade que ele escolheu enfrentar. A saúde mental não é, seguramente, a ausência de angústia, nem o conforto constante e uniforme. A saúde é a existência da esperança, das metas, dos objetivos que podem ser elaborados. É quando há o desejo. O que faz as pessoas viverem é o desejo e não só as satisfações. O verdadeiro perigo é quando o desejo não é mais possível (DEJOURS et. al., 1993, p. 101).

Assim, não tem como definirmos um padrão de “normalidade”, cada pessoa é afetada de uma forma singular por seu processo de trabalho. Mas também é importante lançar o olhar para os modos de organização do trabalho que invalidam pessoas, produzindo sofrimento e adoecimento. Outro ponto discutido por Dejours (1987) é quando a organização do trabalho “explora o sofrimento do/a trabalhador/a” utilizando-o como instrumento de produtividade. O autor traz como exemplo uma pesquisa realizada com telefonistas de uma empresa estatal da França, em que as trabalhadoras tinham que seguir protocolos rígidos de atendimento, sem poder sair do roteiro previamente definido. Além disto, as telefonistas eram o tempo todo monitoradas por um chefe superior, que controlava a qualidade do atendimento e o tempo de duração das chamadas telefônicas. O modo como o trabalho era organizado causava angústia nas telefonistas, pois essas se sentiam sendo vigiadas e tinham medo de errar os protocolos. Por conta desses fatores, as telefonistas eram demasiadamente vigilantes ao seu processo de trabalho, viviam num ambiente de tensão, preocupavam-se com as notas que lhes seriam dadas por seu superior e isso gerava produtividade. Dejours (1987) pontua que nesse contexto de trabalho o sofrimento das trabalhadoras era explorado para fins de produtividade.

Outro ponto destacado por Dejours (1987) diz respeito ao fato de que as trabalhadoras não se desvinculavam do trabalho mesmo fora do espaço de trabalho, ou seja, era comum elas repetirem frases dos protocolos numa conversa informal com familiares ou com amigos/as, assim como, algumas delas continuavam sentindo-se tensas mesmo tendo concluído seu turno diário de trabalho.

As repercussões dos modos de organização do trabalho na vida dos/as trabalhadores/as também foram observadas no estudo realizado por Silva (2013) com servidores/as do HUPAA/UFAL, no qual a autora apresenta um relato de uma das participantes da pesquisa que exerce o cargo de técnica de enfermagem. A profissional afirmou que passou muito tempo atuando na maternidade do referido hospital e, para aguentar as rotinas de plantões noturnos, ingeria excessivamente e constantemente café para manter-se em vigília. Por conta disso, ela desencadeou alterações no sono. Mesmo quando ela estava em casa e poderia desfrutar de uma boa noite de sono e de descanso, ela não conseguia, tinha insônias e quando dormia, muitas vezes, acordava ouvindo choros de crianças. Por conta disso, a profissional solicitou transferência para outro setor.

Essas discussões nos fazem refletir acerca do contexto do IFAL. Com a adoção do registro de ponto eletrônico, juntamente com a retirada da flexibilização da jornada de

trabalho para alguns ambientes organizacionais – ambos aspectos discutidos anteriormente – muitos/as servidores/as passaram a relatar como esse modo de organização do trabalho começou a produzir sofrimento. A instauração do registro de ponto eletrônico causou descontentamento nos/as servidores/as, pois criou-se um sistema rígido de controle das horas de trabalho. A tensão gerada antecede a chegada no trabalho, uma vez que o/a servidor/a preocupa-se com cada minuto de atraso ou cada hora de trabalho executado, pois estará registrado no seu ponto. Vieira (2017) traz em sua pesquisa relatos de servidores/as do IFAL que visibilizam como a adoção de controle rígidos de frequência podem ocasionar sofrimento no trabalho. Segue um dos relatos: “o que me afeta que vem do trabalho é a questão do ponto. De bater o ponto. (...) Isso me dá ansiedade. (...) E isso me afeta” (p. 54). Essa ansiedade gerada, perpassa o espaço de trabalho e se torna um modo organizador da vida, no sentido de que a vida do/a trabalhador/a se organiza em torno das horas que devem ser dadas ao trabalho.

Certa vez, eu estava conversando com uma colega de trabalho e ela me relatou que começou a organizar a sua vida em torno do trabalho. Assim ela programava o despertador para acordar “tal hora”; calculando o tempo que levaria para se arrumar e se deslocar até o trabalho; chegando no trabalho ela fazia o registro no ponto eletrônico; cumpria suas horas de trabalho; retornava para casa e no outro dia começava tudo novamente. No entanto, essa trabalhadora possuía uma chefia rígida e autoritária que lhe causava uma tensão em torno do ponto eletrônico. Certo dia, essa trabalhadora se atrasou para o trabalho e começou a chorar de nervosismo, até que começou a se dar conta do sofrimento que essa rotina de vida e de trabalho estava produzindo nela.

Ainda refletindo sobre como o trabalho organiza nossa vida “fora do trabalho”, a mudança do regime de trabalho de 30 horas semanais para 40 horas para alguns/algumas servidores/as do IFAL, exigiu uma readaptação na rotina da vida desses/as profissionais para atender às exigências institucionais, por exemplo, servidores/as que deixavam seus/suas filhos/as na escola para depois se dirigirem ao trabalho afirmam que essa atividade ficou mais difícil ou que não podem mais executá-la; alguns/algumas servidores/as relataram que deixaram de fazer atividades físicas por falta de tempo e etc. Essas modificações interferem diretamente no convívio familiar, na qualidade de vida, na prevenção de agravos e na promoção à saúde do/a servidor/a.

Silva (2013) pontua que o “tempo de não trabalho” – o qual é dedicado ao cuidado com a saúde, à educação, ao lazer, às atividades culturais, à convivência familiar e social, dentre outras atividades de interesse e desejo do/a trabalhador/a – está cada vez mais

escasso, pois o trabalho ocupa um lugar de centralidade em nossa sociedade. A classe trabalhadora está condicionada às jornadas e ritmos de trabalho que são impostos e baseados numa lógica de sociedade produtiva. O tempo de descanso ou de ócio não é “visto com bons olhos” em nossa sociedade. A autora também reflete que esses fatores produzem uma dupla relação com o trabalho, ou seja, trabalhamos para viver e vivemos para trabalhar.

Borsoi (2007) afirma que o trabalho se configura como um “modo organizador da vida”, pois quando uma pessoa “ingressa no mundo do trabalho, começa a organizar sua vida em função das exigências desse novo lugar, e é lá que deixa a maior parte de suas horas do dia – durante a maior parte de sua vida” (p. 105). Dejours (2004) pontua que o trabalho não é, como se acredita frequentemente, limitado ao tempo físico efetivamente passado no local de trabalho. “O trabalho ultrapassa qualquer limite dispensado ao tempo de trabalho” (p. 30). Podemos, então, refletir que o trabalho ocupa um lugar de centralidade em nossa sociedade e em nossas vidas.

Costumamos perguntar para as crianças: o que você vai ser quando crescer? Essa pergunta deixa implícito que a criança tem que estar destinada ao exercício de uma atividade laboral. A inserção na esfera produtiva é um destino socialmente determinado. Assim como, muitas vezes, somos identificados/as por nossa atividade laboral. Dejours et. al. (1993) faz reflexões sobre a simples questão: o que você faz da vida?

Esta maneira tão banal, em nossa linguagem cotidiana, de interrogar alguém sobre sua atividade profissional, traduz bem a importância concedida ao trabalho no conjunto de nossa vida, não é só um modo de ganhar a própria vida, é um status social ao qual se associam, às vezes, uma roupa específica, um vocabulário particular. (...) É também uma parte importante do dia ou da noite, da semana, do ano (p. 99).

Borsoi (2007) destaca que existe uma construção social de que as pessoas têm que exercer uma atividade produtiva, assim, inserindo-se no mundo do trabalho. As pessoas que não desenvolvem uma atividade laboral – seja formal ou informal – são socialmente desvalorizadas, pois são consideradas como improdutivas. A autora também reflete que muitas pessoas não trabalham porque querem, mas “trabalham para sobreviver”. E, portanto, o trabalho pode ser desencadeador de sofrimento.

Não se trata de “endemonizar” o trabalho e concebê-lo apenas como desencadeador de sofrimento, contudo, compreendemos que os sentidos que cada pessoa irá atribuir à sua atividade laboral serão múltiplos e singulares. Consideramos que o trabalho também pode ser fonte de prazer, de realização e pode participar da constituição

de identidade. Inclusive, o não trabalho – situação de desemprego ou adoecimento, por exemplo – pode ser gerador de sofrimento psíquico. Entretanto, vale refletir como repercute essa centralidade do trabalho na vida de cada pessoa e as relações que são estabelecidas entre saúde-adoecimento e trabalho. Dejours et. al. (1993) pontua que:

A atividade profissional não é só um modo de ganhar a vida - é também uma forma de inserção social onde os aspectos psíquicos e físicos estão fortemente implicados. O trabalho pode ser um fator de deterioração, de envelhecimento e de doenças graves, mas pode, também, constituir-se em um fator de equilíbrio e de desenvolvimento. (...) Compreende-se, pois, que através dessas diferentes relações do indivíduo com seu trabalho, sua saúde seja implicada. (p. 98-99).

Dejours et. al. (1993) utiliza o termo “equilíbrio” nesse contexto baseando-se nos estudos de fisiologia – citados anteriormente – os quais permitem a compreensão de que um organismo vivo não é constituído por um estado biológico imutável, mas está em constante movimento e na ocorrência de um “desequilíbrio” passam a operar “dispositivos de regulação”. Dejours leva essa concepção para a compreensão da saúde mental, rompendo com a noção de “normalidade”. Tschiedel e Traesel (2013) fundamentam-se nessa discussão de Dejours para pontuar que saúde no trabalho não implica ausência de sofrimento, mas a possibilidade de construção por parte do/a trabalhador/a de estratégias – que envolvem fatores internos e externos, se é que é possível dicotomizar - para transformações de situações adversas, no movimento de busca de prazer e fuga do sofrimento.

Trabalhar não é somente produzir; é, também, transformar a si mesmo. (...) O trabalho não é apenas uma atividade; ele é, também, uma forma de relação social, o que significa que ele se desdobra em um mundo humano caracterizado por relações de desigualdade, de poder e de dominação. Trabalhar é engajar sua subjetividade num mundo hierarquizado, ordenado e coercitivo. (DEJOURS, 2004, p. 30-31).

O trabalho caracteriza-se como um dos elementos que compõem o modo pelo qual cada trabalhador/a produz sua existência. É por meio do trabalho que o trabalhador/a produz coisas ao mesmo tempo em que produz a si mesmo, permeado por relações sociais (CFP, 2008). Cada pessoa é construtora do seu processo de vida, a partir do contexto social, histórico e cultural no qual está inserida. O trabalho – compreendido como uma das dimensões que compõem esse contexto no qual o/a trabalhador/a está inserido – pode construir modos de sofrer e adoecer, na medida em que ele também participa da constituição e produção de subjetividades, é parte das experiências de vida do/a trabalhador/a (BORSOI, 2007).

Quando refletimos sobre as relações entre saúde-adoecimento e trabalho, muitas vezes, compreende-se que estamos reivindicando o “não trabalho”, mas essa não é a questão. Já abordamos anteriormente que o “não trabalho” também pode ser desencadeador de sofrimento psíquico, considerando o contexto histórico, econômico e social em que a pessoa está inserida. Dejours et. al. (1993) afirma que:

Os especialistas e os cientistas levaram muito tempo para compreender que o trabalho é um dado fundamental da saúde. Não somente de maneira negativa (o trabalho como causa de doenças, de intoxicações, de acidentes, de desgastes etc.), mas também de forma positiva. O não-trabalho também pode ser perigoso para a saúde, como se vê bem, atualmente, com toda a patologia do desemprego. E as observações destas situações de não-trabalho conduzem a criticar severamente a ideia, não obstante muito difundida, que a felicidade seria não ter nada para fazer. Muita gente pensa que, quando os trabalhadores lutam contra certos aspectos do trabalho, tais como as más condições de higiene, os ritmos, a monotonia etc., é porque eles são preguiçosos e que seu ideal seria a inatividade, a passividade, a ociosidade. Isto é fundamentalmente falso (p. 101).

A partir dessas reflexões, a questão abordada não é “trabalho ou não trabalho”, o ponto a ser discutido é em que condições esse trabalho é realizado; ou seja, lançar o olhar sobre os processos e os modos de organização do trabalho e sua relação com saúde-adoecimento e sofrimento psíquico. Na pesquisa realizada por Vieira (2017), os/as servidores/as do IFAL relatam como os modos de organização do trabalho podem promover adoecimento/sofrimento. Segue um dos relatos apresentados pela pesquisadora: “Eu acho que a crise de ansiedade que eu vim a ter foi justamente por causa da burocracia, causa do estresse e tudo o mais. (...) Quando eu vim a ter uma taquicardia. Eu falei: bicho, vou morrer aqui no IFAL” (p. 64). No estudo realizado por Silva (2013) com servidores/as do HUPAA/UFAL, a “burocracia” também foi considerada pelos/as participantes da pesquisa como fator de sofrimento no trabalho do/a servidor/a público/a, como é possível observar no seguinte relato apresentado pela autora: “a burocracia ao invés de ajudar, complica. Isso me deixa angustiada” (p.287).

A burocracia no serviço público tem como objetivo dar transparência aos atos e processos da administração pública, bem como, dificultar o desvio ou a má utilização de recursos financeiros públicos. No entanto, segundo Codo e Jacques (2007, apud SILVA, 2013), as “amarras burocráticas” podem acarretar rigidez e inflexibilidade nos processos de trabalho da administração pública, diminuindo a autonomia do/a servidor/a. Em determinados casos, a burocracia acaba tornando alguns processos de trabalho mais lentos e dificulta a resolutividade de demandas que poderiam ser resolvidas de forma mais

rápida. A burocracia é, portanto, um modo de organização do trabalho que pode provocar sofrimento/adoecimento nos/as servidores/as públicos/as.

Outro ponto importante para se destacar é o termo “estresse” abordado na fala do participante da pesquisa de Vieira (2017). Esse termo foi disseminado nos meios de comunicação e passou a integrar nossa linguagem cotidiana, sendo muito utilizado no nosso meio social. O *stress* tem sido amplamente estudado por diversas áreas do conhecimento, a exemplo da psicologia e da psiquiatria. Esse termo tem sua origem na física, o qual é usado “para definir o desgaste de materiais sob efeitos de peso, calor ou radiação” (BORSOI, 2007, p. 106). Posteriormente, foi adotado na psiquiatria e na psicologia, estando relacionado com definições de uma variedade de psicopatologias, transtornos e síndromes, as quais, de forma geral, estão ligadas com a relação entre uma pessoa e situações vivenciadas que interferem em seu “bem-estar” (BORSOI, 2007). Resgatando o conceito originalmente usado de *stress* relacionado a “desgaste” podemos refletir, baseando-se no relato do participante da pesquisa de Vieira (2017), que as situações de trabalho podem provocar um “desgaste” – físico e mental – no/a trabalhador/a.

Silva (2013) pontua que, de forma geral, o que tem se observado no serviço público é a precarização das condições de trabalho, representada no sucateamento dos serviços, no desvio de recursos financeiros que deveriam ser aplicados para melhoria dos serviços, na fragilidade dos vínculos com o aumento da terceirização dos/as servidores/as, na falta de condições adequadas para o desenvolvimento do trabalho, na falta do desenvolvimento de políticas efetivas para a atenção à saúde do/a trabalhador/a, dentre outros fatores. A partir disso a autora coloca o seguinte questionamento: diante desse cenário, como não “enlouquecer”? Para Silva (2013) o estranhamento seria direcionado, então, para aqueles/as servidores/as que diante de condições adversas de trabalho conseguem não se afetar, no sentido de não produzirem sofrimento/adoecimento.

A partir das discussões que foram traçadas, é preciso refletir como têm sido construídos os processos e os modos de organização do trabalho no IFAL. Os modos de organização do trabalho são rígidos e impostos ou são construídos com a participação e o protagonismo dos/as trabalhadores/as? Esse questionamento caracteriza-se como uma provocação que visa produzir reflexões. Não pretendemos com esse trabalho chegar a uma resposta conclusiva, universal e definitiva para esses questionamentos, até mesmo porque isso não é possível. O IFAL é uma instituição plural, com diversos Campi e distintos ambientes organizacionais, caracterizados por suas singularidades e

especificidades. Além do mais, cada trabalhador/a é afetado/a de um modo muito particular por seu processo de trabalho.

As provocações suscitadas pelo questionamento apresentado podem ser discutidas a partir dos estudos de Dejours et. al. (1993). Para o autor, as diferenciações nos modos de organização do trabalho podem estar diretamente relacionadas com o processo de saúde-adoecimento e sofrimento psíquico. Os modos rígidos e impostos de organização do trabalho podem, muitas vezes, desencadear adoecimento e sofrimento psíquico, pois dificultam a participação dos/as trabalhadores/as na construção dos processos de trabalho. Para o autor, “o conflito que opõe o desejo do trabalhador à realidade do trabalho, coloca face a face seu projeto espontâneo e a organização do trabalho que limita a realização desse projeto e prescreve um modo operatório preciso” (DEJOURS et. al., 1993, p. 104). Quando a organização do trabalho é rígida e inflexível, o/a trabalhador/a é colocado/a num lugar de reprodutor/a de “modos operatórios”, ou seja, de tarefas. Assim, anula-se o/a trabalhador/a construtor/a e protagonista de seu processo de trabalho, anula-se sua subjetividade e ele/a fica reduzido/a a um “corpo dócil que vende sua força de trabalho”.

Quando os modos de organização do trabalho são construídos com os/as trabalhadores/as ou são flexíveis permitindo ao/à trabalhador/a organizá-lo e adaptá-lo de acordo com suas singularidades e especificidades, geralmente, há a possibilidade de satisfação no/com o trabalho (DEJOURS, 1993). A atividade laboral, nesse contexto, pode ser fonte de “prazer”, oferecendo “um campo de ação, um terreno onde o trabalhador concretiza suas aspirações, suas ideias, sua imaginação, seu desejo, sua inventividade” (p. 104). Esses modos de organização do trabalho comportam o protagonismo do/a trabalhador/a no processo de constituição do seu “fazer”. Talvez, precisamos resgatar as características do trabalhador/a artesão/artesã citado/a nos estudos de Dejours. Esse/a trabalhador/a, de certa forma, possui autonomia para a construção de sua atividade, define seu ritmo de trabalho, implica-se com sua tarefa e materializa seus desejos, seus afetos e sua inventividade em seu processo de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das discussões traçadas nessa dissertação, observei os altos índices de afastamentos das atividades laborais devido ao adoecimento de pessoas inseridas no mundo do trabalho. Essas informações podem indicar a importância de se falar sobre as condições de vida e de saúde dos/as trabalhadores. A classe trabalhadora apresenta um viver e adoecer que é compartilhado com o conjunto da população na qual ela está inserida, considerando os aspectos históricos e sociais, mas que é também específico, resultante de sua inserção em um processo de trabalho particular.

No contexto do IFAL, a principal causa de afastamento das atividades laborais para tratamento da saúde deve-se aos nomeados transtornos mentais e comportamentais. O processo saúde-adoecimento não está ligado apenas a fatores biológicos e individuais, mas é compreendido numa concepção ampla, contemplando os determinantes sociais de saúde, neles inserido o trabalho. Para a reflexão do sofrimento psíquico e o adoecimento mental dos/as trabalhadores/as do IFAL, vale, portanto, avaliar quais relações estão sendo construídas entre saúde-doença e trabalho? Os modos como o trabalho é organizado podem contribuir para a produção de saúde ou podem ser fator de sofrimento e/ou adoecimento. De forma geral, os modos de organização de trabalho rígidos, inflexíveis e hierarquizados podem gerar sofrimento aos/as trabalhadores/as. E, em contrapartida, os modos de organização do trabalho que permitem a participação dos/as trabalhadores/as na construção do seu processo de trabalho, podem proporcionar a satisfação no/com o trabalho. Considerando, entretanto, que cada trabalhador/a será afetado/a de uma forma singular por seu processo de trabalho.

A organização do trabalho no serviço público, muitas vezes, é caracterizada pelas suas precárias condições, expressas no sucateamento dos serviços; no desvio de recursos financeiros que deveriam ser aplicados para sua melhoria; na fragilidade dos vínculos com o aumento da terceirização dos/as servidores/as; na falta de condições adequadas para o desenvolvimento das atividades; nos processos de trabalho burocratizados e inflexíveis; na falta do desenvolvimento de políticas efetivas para a atenção à saúde do/a trabalhador/a; dentre outros fatores. Esses aspectos também são visualizados no contexto do IFAL e repercutem nas condições de trabalho e de saúde dos/as servidores/as.

A PASS pode representar um dispositivo de cuidado e atenção à saúde dos/as servidores/as públicos/as. Essa política foi construída com a participação de diversos/as agentes institucionais e atores/atrizes sociais e objetiva a atenção integral da saúde dos/as

trabalhadores/as da administração pública, por meio de ações que contemplam a promoção, vigilância e assistência à saúde, e a área pericial.

A construção da PASS representou diversos avanços na atenção à saúde dos/as servidores/as públicos/as, pois possibilitou a constituição de bases legais e a criação de um sistema unificado para o atendimento dessas demandas. Antes da construção da PASS e do SIASS, os órgãos da administração pública federal possuíam serviços de saúde com objetivos, destinação de recursos financeiros, estruturas físicas e organizacionais diferenciadas. Também foi possível romper com um sistema baseado nas concepções da saúde ocupacional – o SISOSP – para uma política fundamentada na saúde do/a trabalhador/a.

Vale pontuar, entretanto, que apesar de todos os avanços conquistados com a constituição da PASS, ainda existem muitos desafios a serem superados. De forma geral, o que tem se observado na prática, conforme apontam diversos estudos, são serviços centrados na realização de perícias médicas, com atuação fragmentada e individualizada. No IFAL, esses aspectos também são observados. Além desses, outra dificuldade vivenciada referia-se ao fato de que o número de profissionais que participavam da composição da equipe SIASS era insuficiente para atender às demandas das dez instituições contempladas pelo Acordo de Cooperação Técnica, inviabilizando o desenvolvimento da proposta da PASS. Tal fato acabava restringido a atuação da equipe às ações de perícias, visto sua grande demanda. Assim, o foco da atenção é o adoecimento e não a saúde. Atualmente, o IFAL dispõe de uma unidade SIASS própria. Consideramos que isso se configura como um avanço para a atenção à saúde dos/as servidores/as, visto que o SIASS configura-se como o dispositivo central para a implementação e consolidação da PASS.

É importante que outros desafios sejam superados para a efetivação da PASS no IFAL, tais como: a superação dos modelos de atuação fragmentada e individualizada; a ruptura com a lógica de atenção focada na atuação médica, permitindo o fortalecimento da equipe multiprofissional com o desenvolvimento de ações inter/transdisciplinares; e a ampliação e fortalecimento das ações de promoção à saúde – com programas e projetos contínuos e não apenas ações pontuais, como foi observado –, superando a centralidade das perícias oficiais em saúde. Também considera-se que a integralidade das ações podem retirar as perícias médicas do isolamento em que se encontram atualmente, integrando-a com ações de assistência, de prevenção de agravos e de promoção à saúde, sendo desenvolvidas numa abordagem inter/transdisciplinar e intersetorial.

Outro ponto a se destacar diz respeito à “privatização” da saúde, ao se terceirizar a responsabilidade pela saúde dos/as servidores/as a empresas privadas por meio de convênios e planos. O IFAL também abre espaço para que as consultas dos/as profissionais conveniados aos planos ocorram na sede do Instituto. Essas ações não têm um alcance efetivo e não são universais, uma vez que se destinam apenas aos/as servidores/as que possuem plano de saúde da Geap. É importante que se promova a reflexão da efetivação de uma política ou programa de prevenção a agravos e promoção à saúde no âmbito do IFAL que seja universal – ou seja, contemple todos/as servidores/as – e que seja de fato pública e gratuita, podendo ser ofertada pela Coordenação de Saúde do/a Servidor/a, pelo SIASS ou em parceria com o SUS.

Também consideramos que para a efetiva implementação da PASS no IFAL, é importante que as ações cheguem no cotidiano do trabalho, assim como, é necessário haver a participação dos/as servidores/as no desenvolvimento da PASS, contribuindo com seus saberes no planejamento, execução e avaliação das ações. A saúde do/a trabalhador/a se faz com a participação dos/as trabalhadores/as. Se os/as servidores/as continuarem sendo tomados/as como "objetos", permanecerá a reprodução do modelo de atuação em saúde baseado nos moldes da medicina do trabalho e da saúde ocupacional.

Acreditamos que na atenção a saúde do/a trabalhador/a, o/a servidor/a deve ocupar o lugar de protagonista em seu processo de enfrentamento do sofrimento e/ou adoecimento. É importante a ruptura com modelos de atenção à saúde centrados em condutas prescritivas direcionadas a “pacientes” que devem executá-las pacientemente e com disciplina. Também se faz relevante a ruptura com modelos “medicalizantes”. A atenção à saúde do/a trabalhador/a deve mobilizar a pessoa em seu “tratamento”, ou seja, possibilitar a construção de estratégias individuais e/ou coletivas para o enfrentamento do processo de adoecimento e sofrimento.

A “medicalização do sofrimento” está amparada numa concepção de que o sofrimento/adoecimento está ligado a fatores individuais, desconsiderando o contexto no qual a pessoa está inserida. A atenção à saúde centrada num modelo de medicalização pode camuflar os aspectos sociais, culturais e históricos relacionados aos processos de trabalho estabelecidos nos modos de produção. O processo saúde/adoecimento em sua relação com o trabalho não deve ser concebido numa perspectiva “individualizante”, mas é importante considerar os fatores sociais, culturais e históricos implicados com essa produção de adoecimento/sofrimento.

Ressalta-se ainda que é necessário que a instituição ofereça condições adequadas no que se refere à estrutura física, orçamentária e de disponibilização de profissionais para o desenvolvimento da PASS no IFAL. Assim, constroem-se possibilidades de atuação para além da doença e do ato pericial, contemplando as condições de saúde, de trabalho e de vida do/a servidor/a. As questões referentes à saúde dos/as trabalhadores/as, muitas vezes, não são consideradas como políticas prioritárias para a gestão das instituições e só são observadas quando o adoecimento ocasiona a ausência e/ou afastamento das atividades laborais. Para além dos fatores focados nos custos financeiros gerados pelo absenteísmo ou licenças para tratamento da saúde, é importante lançar o olhar para o adoecimento dos/as servidores/as, problematizando como as condições de vida e de trabalho podem estar relacionadas com esse processo de adoecimento. A PASS insere as questões de saúde e de segurança no trabalho no contexto da administração pública federal, compreendendo o governo federal como empregador e promotor de políticas que visem à melhoria das condições de saúde nos ambientes e processos de trabalho.

Outra consideração a ser feita refere-se ao lugar de centralidade que o trabalho ocupa em nossa sociedade. Existe uma construção social de que as pessoas têm que exercer uma atividade produtiva, assim, inserindo-se no mundo do trabalho. As pessoas que não desenvolvem uma atividade laboral – seja formal ou informal – são socialmente desvalorizadas, pois são consideradas como improdutivas. Assim, num contexto social de valorização da capacidade produtiva das pessoas, estar doente pode significar ser socialmente desvalorizado. Essas construções sociais acerca da supervalorização da capacidade produtiva das pessoas acabam por sustentar estigmas em torno do adoecimento e, mais especificamente, em torno do adoecimento/sofrimento psíquico. Existe uma idealização de que o bom e a boa profissional tem que ser produtivo/a, pró-ativo/a e que ele/a tem que demonstrar força para superar – individualmente – as adversidades. Esse é o discurso que se vende e que se compra dos/as profissionais – ditos – de sucesso.

Diante disso, é importante romper com a concepção de adoecimento provocado apenas por fatores biológicos e individuais, sem a consideração dos determinantes sociais e a dimensão do trabalho em sua relação com o processo saúde-doença. As condições de vida e de trabalho interferem no processo saúde-adoecimento do/a trabalhador/a. Assim, é importante problematizar como estão se configurando os modos de organização do trabalho e suas implicações na saúde das pessoas inseridas no âmbito laboral. Buscando,

também, a construção de estratégias coletivas – com a participação dos/as trabalhadores/as – para a resolução de conflitos e visando possíveis transformações nos processos e ambientes de trabalho.

Não se trata de “endemonizar” o trabalho e compreendê-lo apenas como desencadeador de sofrimento, entretanto, já pontuamos que os sentidos que cada pessoa irá atribuir à sua atividade laboral serão múltiplos e singulares. Quando refletimos sobre as relações que são estabelecidas entre saúde-adoecimento e trabalho, muitas vezes, compreende-se que estamos reivindicando o “não-trabalho”. A questão abordada não é “trabalho ou não trabalho”, a problematização a ser feita é em que condições esse trabalho é realizado; ou seja, lançar o olhar sobre os processos e os modos de organização do trabalho e sua relação com saúde-adoecimento e sofrimento psíquico.

Na escrita dessa dissertação não tive como pretensão esgotar as discussões acerca das relações que são estabelecidas entre saúde-doença e trabalho. Almejo, entretanto, que esse texto possa suscitar provocações e que possa ser o ponto de partida para muitas outras reflexões e problematizações.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. .; MARTINS, M. I. C.; MACHADO, J. H. O processo de construção da política de saúde do trabalhador no Brasil para o setor público. **Config Rev Sociol** 2012; (10):137-150.

ARAUJO, R. R. de; SACHUK, M. I. Os sentidos do trabalho e suas implicações na formação dos indivíduos inseridos nas organizações contemporâneas. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 53-66, janeiro/março 2007.

BARALDI, S. **Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho**: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho na enfermagem. São Paulo, USP: 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, 2005.

BERNARDES, J. de S.; SANTOS, R. G. de A.; SILVA, L. B. A “Roda de Conversa” como dispositivo ético-político na pesquisa social. In: LANG, C. E.; BERNARDES, J. de S.; RIBEIRO, M. A. T.; ZANOTTI, S. V.. **Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas**. Maceió: EDUFAL, 2015.

BITTAR, L. T. **O Sentido do Trabalho**: algumas reflexões sobre o trabalho e a crise do mundo do trabalho. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação da FGV/EAESP. São Paulo, 1997.

BIZARRIA, F. P. de A.; TASSIGNY, M. M.; FROTA, A. J. A. **Política de Assistência à Saúde do Servidor (PASS) e Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS)**: perspectivas de evolução no campo da saúde do trabalhador. In: II Congresso Online - Gestão, Educação e Promoção da Saúde. 24 a 26 de outubro de 2013 Disponível em: <<http://www.convibra.com.br/artigo.asp?ev=31&id=7501>>. Acesso em: 29 jan. 2017.

BORSOI, I. C. F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. especial, pp. 103-111, 2007.

BRASIL. Decreto nº. 7.566, de 23 de setembro de 1909. Cria nas capitais dos Estados da República Escolas de Artífices, para o ensino profissional primário e gratuito.

_____. Decreto-Lei Nº. 579, de 30 de julho de 1938. Institui o Departamento Administrativo do Serviço Público Federal e dá outras providências.

_____. Decreto-Lei Nº. 1.713, de 28 de outubro de 1939. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União.

_____. Decreto-Lei Nº. 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.

_____. Lei Nº. 1.711, de 28 de outubro de 1952. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União.

_____. Decreto-Lei Nº. 67.326, de 05 de outubro de 1970. Dispõe sobre o Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública e dá outras providências.

_____. Lei Nº. 6.439, de 1º de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências.

_____. Relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Brasília, 1986. Disponível em:< <http://www.cntsscut.org.br/sistema/ck/files/conferencia/cnts1.pdf>>. Acessado em: abril de 2018.

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

_____. 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.

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

_____. Portaria Interministerial MTB/MS/MPAS Nº 1, de 20 de abril de 1993. Institui o Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador e dá outras providências.

_____. Lei Nº. 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e dá outras providências.

_____. Relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília, 1994. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst_relato_final.pdf>. Acessado em: abril de 2018.

_____. Portaria nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências.

_____. Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador. Brasília, 2004.

_____. Relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília, 2005. Disponível em:< http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Relatorio_Trabalhar_Sim_Adoecer_No_3_CNST.pdf>. Acessado em: abril de 2018.

_____. Decreto Nº. 5.961, de 13 de novembro de 2006. Institui o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal - SISOSP.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Relatório do I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília, 2008.

_____. Lei Nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008. Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia e dá outras providências.

_____. 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.

_____. 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.

_____. Portaria Normativa SRH Nº 3, de 30 de julho de 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.

_____. Portaria Nº. 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e dá outras providências.

_____. Portaria Conjunta SRH/SOF 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.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal. Brasília, 2010.

_____. Portaria SRH Nº. 797, de 22 de março de 2010. Institui o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal.

_____. Portaria SRH Nº. 1.261, de 05 de maio de 2010. Institui os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil - SIPEC da Administração Pública Federal sobre a saúde mental dos servidores.

_____. Portaria Normativa SRH Nº. 03, de 07 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.

_____. Decreto-Lei Nº. 7.602, de 7 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST.

_____. Lei Nº. 12.618, de 30 de abril de 2012. Institui o Regime de Previdência Complementar para os servidores públicos federais titulares de cargo efetivo e dá outras providências.

_____. Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

_____. 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 Pública Federal – SIPEC.

BRITO, J. C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 195-204, 2000.

CARNEIRO, S. A. M. Saúde do servidor: uma questão para a gestão de pessoas - a experiência na Prefeitura de São Paulo. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 57, n. 1, p. 23-49, 2006.

CARVALHO NETO, A. M.; TANURE, B.; ANDRADE, J. Executivas: carreira, maternidade, amores e preconceitos. **ERA** – v.9, n.1, jan/jun, 2010.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (CREPOP). Conselho Federal de Psicologia (CFP). **Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do(a) psicólogo(a)**. Brasília, CFP, 2008.

CODO, W.; JACQUES, M. das G. **Saúde mental e trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

CÔRREA, V. Gestão Escolar e Gênero: o fenômeno do teto de vidro na educação brasileiro. In: **Jornal de Políticas Educacionais**. Paraná, nº 7, p.65-67, janeiro-junho, 2010.

CUNHA, M. W. V. **O sistema administrativo brasileiro 1930-1950**. Rio de Janeiro, MEC, 1963, p. 63-4.

CUNHA, J. B.; BLANK, V. L. G.; BOING, A. F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2009, vol.12, n.2, pp. 226-236.

DEJOURS, C. **A loucura do Trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª edição. Editora Cortez: 1987.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, v. 33, n. 3, p. 98-104, jun. 1993.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

DIAS, E. C. **Saúde do Trabalhador**. In.: TODESCHINI, R. (Org.). Saúde, meio ambiente e condições de trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical. São Paulo: Fundacentro/CUT, 1996.

GERGEN, K. J. **Movimento do construcionismo social na psicologia moderna**. Tradução do inglês: Ercy José Soar Filho, 1985.

IBÁÑEZ, T. **Municipiones para disidentes**: realidad, verdad, política. Gedisa, 2001.

IÑIGUEZ, L. **Construcionismo Social e Psicologia Social**. In: Temas em Análise Institucional e em Construcionismo Social. São Carlos: Rima, 2002.

_____. La psicología social en la encrucijada post-construccionista: historicidad, subjetividad, performatividad, acción. In: GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima (org.). **Estratégias invenção do presente**: a psicologia social no contemporâneo. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais: Rio de Janeiro, 2008.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE ALAGOAS. (IFAL). **Plano de Desenvolvimento Institucional 2014-2018**. Alagoas: 2014.

JACKSON FILHO, J. M. Desenho do trabalho e patologia organizacional: um estudo de caso no serviço público. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 58–66, 2004.

JESUS, C.; BARBOSA, R. Trabalho feminino x nível de escolaridade: uma análise sobre a influência da educação para a inserção da mulher no mundo do trabalho. **Revista Ártemis**, Vol. 21, 2016, p. 131-146.

LACAZ, F. A. de C. Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. **Saúde e Sociedade** 3(1):41-59, 1994.

_____. Saúde dos Trabalhadores: cenários e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):7-19, 1997.

_____. O Campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 2007, vol.23, n.4, pp. 757-766.

LIMA, G. S.; NETO, A. C.; LIMA, M. S.; TANURE, B.; VERSIANI, F. O teto de vidro das executivas brasileiras. **Revista Pretexto**, v.14, n.4, p. 65-80, out/dez, Belo Horizonte: 2013.

MARQUES, S. V. D.; MARTINS, G. DE B.; SOBRINHO, O. C. Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 9, n. Edição Especial, p. 668–680, 2011.

MARSIGLIA, R. M. G. Funcionários públicos, Estado e saúde no Brasil. **Rev. Saúde Soc.**, São Paulo, 2(1), 93-118, 1993.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(6):1667-1676, 2013.

MARTINS, M. I. C.; OLIVEIRA, S. S.; ANDRADE, E. T.; STRAUZZ, M. C.; CASTRO, L. C. F.; AZAMBUJA, A. A política de atenção à saúde do servidor público federal no Brasil: atores, trajetórias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(5):1429-1440, 2017.

MÉLLO, R. P.; SILVA, A. A.; LIMA, M. L. C.; PAOLO, A. F. Di. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**; 19 (3): 26-32, 2007.

MELO, D. S. P.; SILVA, L. das N.; SILVA, A. A.; BASTOS, M. C. S.. **Equidade de gênero**: análise do perfil de servidores e servidoras que ocupam cargos de poder/decisão no Ifal. Relatório Final de Projeto de Iniciação Científica (Edital Pibic/Ifal – 2016-17).

MELO, D. S. P.; BARBOSA, B. T. B. G.; NASCIMENTO, L. C.; SILVA, P. G. G. **Gestão e equidade**: há caminhos para igualdade de oportunidades entre servidores e servidoras no âmbito laboral do Ifal? Relatório Final de Projeto de Iniciação Científica (Edital Pibic/Ifal – 2016-17).

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**. Vol.25, n.5, pp. 341-349, 1991.

MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D. S. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, 32(115): 153-163, 2007.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol.13, suppl.2, pp. S21-S32, 1997.

_____. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimento sobre trabalho e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(1):125-136, 2003.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ F. A. de C. Saúde do trabalhador: novas - velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(4):797-807, 2005.

NARDI, H. C. **Saúde do Trabalhador**. In: CATTANI, A. D (org.). Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico. Petrópolis: Editora Vozes. Porto Alegre: Ed. Universidade, 1997.

RASERA, E. F.; JAPUR, M. Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a psicologia. **Paidéia**, 2005, 15(30), 21-29.

ROCHA, L. E; DERBERT-RIBEIRO, M. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. **Revista de Saúde Pública**. 35(6):539-547, 2001.

ROTENBERG, L; PORTELA, L. C.; MARCONDES, W. B.; MORENO, C; NASCIMENTO, C. P. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de que troca a noite pelo dia. **Cadernos de Saúde Pública**. 17 (3):639-649, 2001.

SILVA, M. da C. C. C. da. **A saúde do servidor público em sua dimensão social**. EDUFAL: Maceió, 2013.

SOUZA, F. das C. S.; SILVA, S. H. dos S. C. Institutos Federais: expansão, perspectivas e desafios. **Revista Ensino Interdisciplinar**, Mossoró, v. 2, n. 05, 2016.

SPINK, M. J. P. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva a interanimação dialógica. **Psico**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 7 – 22, 2000.

SPINK, M. J. P. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

SPINK, M. J. P. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas**. Edição Virtual - Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de Sentido no Cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (Org.) **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas**. Edição Virtual - Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. (Org.) **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas**. Edição Virtual - Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, M. J. P.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos de interpretação. p. 50 – 78. In: SPINK, M. J. P. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas**. Edição Virtual - Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, M. J. P.; FREZZA, R. M. Produção de Sentido no Cotidiano: A perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M. J. (Org.) **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas**. Edição Virtual - Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, M. J. P.; ARAGAKI, S. S.; PIANI, P. P. Uso de repertórios linguísticos em pesquisas. In: SPINK, M. J. P. (org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Edição Virtual – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**; 15 (2): 18-42; jul./dez, 2003.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento do trabalhador no tempo do capital: problemática social na sociedade brasileira contemporânea**. 2006. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, 2006.

TOFFLER, A. **A Terceira Onda**. 4. ed. Rio de Janeiro, 1980.

TRAESEL, E. S.; MERLO, Á. R. C. “Somos sobreviventes”: vivências de servidores públicos de uma instituição de seguridade social diante dos novos modos de gestão e a precarização do trabalho na reforma gerencial do serviço público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 17, n. 2, p. 224–238, 2014.

TSCHIEDEL, R. M.; TRAESEL, E. S. Mulher e dor: um estudo na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Estudo e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 611-624, 2013.

VAZ, D. O teto de vidro nas organizações públicas: evidências para o Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 22, n. 3 (49), p. 765-790, dez. 2013.

VIEIRA, N. M. da R. **Sentidos e práticas sobre a gestão do processo de trabalho na reitoria de um Instituto Federal de Educação no nordeste**. Dissertação. (Mestrado em Pesquisa em Saúde) Centro Universitário CESMAC. Maceió/AL, 2017.

WALKER, S. **Literature reviews**: generative and transformative textual conversations. *Forum Qualitative Social Research*, v.16, n. 3, art. 5, setembro de 2015.

ZANIN, F. da C.; KÜNZLE, L. A.; PERNA, P. de O.; MUNTSCH, S. M. A. Política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público no Brasil. **Universidade e Sociedade**. Fevereiro, 2015.