

Política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público no Brasil

Fernanda da Conceição Zanin

E-mail: ferczanin@gmail.com

Paulo de Oliveira Perna

E-mail: poperna1@gmail.com

Luis Allan Künzle

E-mail: lakunzle@gmail.com

Sandra Mara Alessi Muntsch

E-mail: sandramalessi@gmail.com

Os autores deste artigo fazem parte da Associação dos Professores da Universidade Federal do Paraná - Seção Sindical do ANDES-SN (APUFPR-SSind) e Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (NESC/UFPR)

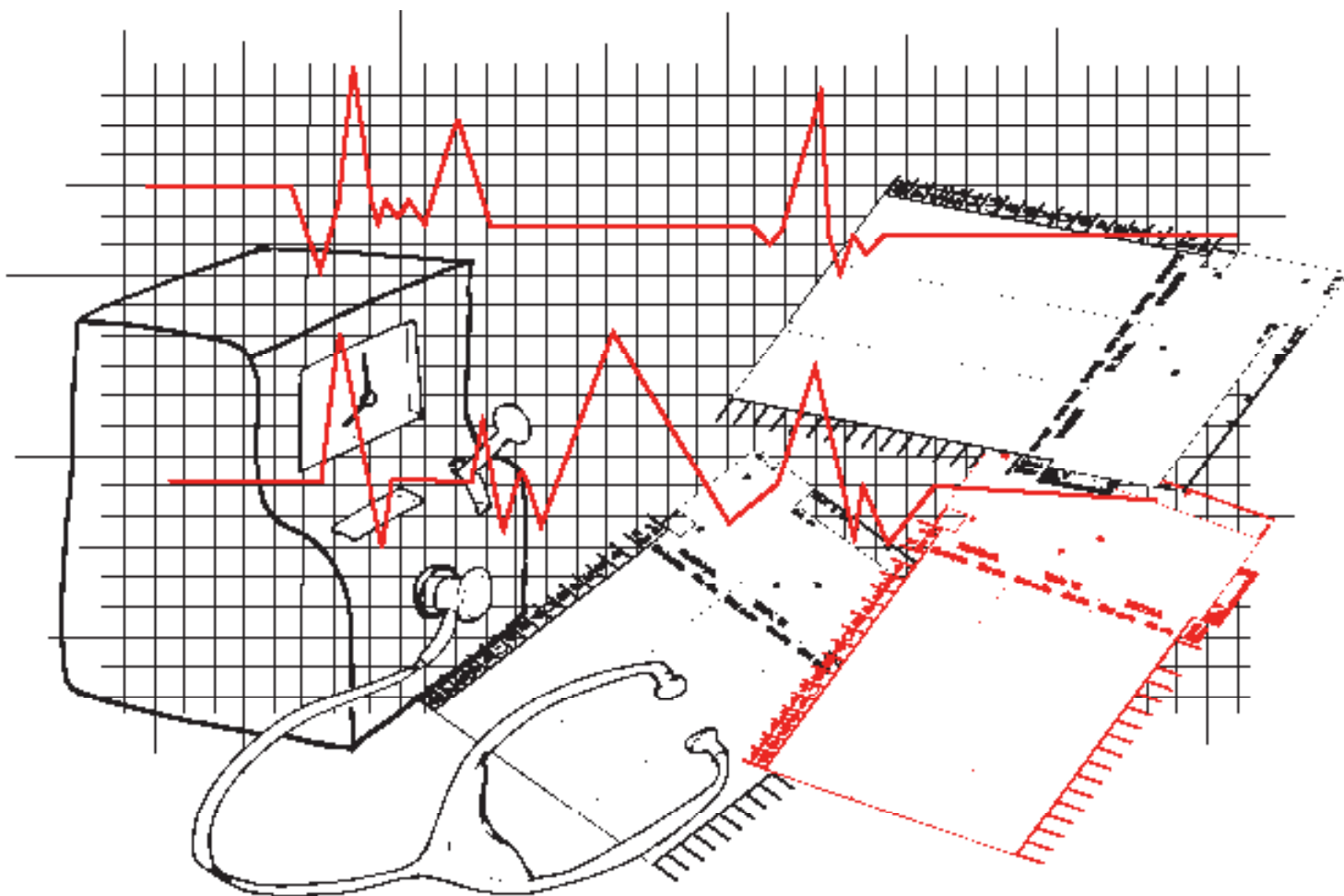
Resumo: Este trabalho discute a Política de Saúde do servidor público adotada pelo Governo Federal, tomando por referência a concepção de Saúde do Trabalhador. Tal discussão se dá a partir da experiência da Universidade Federal do Paraná como instituição sede de uma Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS). Para este estudo, foram retomados elementos históricos que permitiram passar da concepção de Medicina do Trabalho ao campo da Saúde do Trabalhador, consolidado no Brasil por meio do Movimento da Reforma Sanitária. Em relação ao Servidor Público, foram resgatados os marcos legais que se propuseram a estabelecer uma política para estes trabalhadores. Mais especificamente, foram realizadas análises de documentos referentes ao SIASS, bem como retomados debates nacionais e locais realizados em torno da temática. Por fim, critica-se a implementação adotada para essa política, por exemplo, a da Assistência à Saúde implementada por meio de parceria público-privada, e a manutenção da Perícia em Saúde numa lógica de controle da força de Trabalho. Conclui-se que as ações adotadas centralizam-se no adoecimento, e não na vigilância e promoção da saúde.

Palavras-chave: SIASS. Saúde e Segurança do Trabalhador. Servidor Público.

1. Introdução

O presente artigo coloca em discussão a Política de Atenção à Saúde do servidor público adotada pelo Governo Federal, tomando por referência a Saúde do Trabalhador, a partir da experiência da Univer-

sidade Federal do Paraná (UFPR). As reflexões aqui apresentadas foram gestadas no Fórum de Saúde do Trabalhador da UFPR. Este fórum resultou de construção política que teve início em 2009, com reuniões periódicas envolvendo as representações sindicais dos docentes e dos técnicos-administrativos e servi-



dores dos serviços de saúde da própria Universidade. Em 2011, após reivindicação de greve, o Fórum se estabeleceu enquanto instância de elaboração de políticas relacionadas ao tema da saúde dos servidores. Neste período, o Fórum participou de diversas lutas nacionais (previdência complementar, EBSEH, entre outras) e locais (estágio probatório, condições de trabalho precarizadas etc.) e elaborou diversas proposições que foram encaminhadas aos conselhos superiores da UFPR (comissão de relações interpessoais de trabalho, normatizações referentes à insalubridade e periculosidade etc.). A temática da política de atenção à saúde do servidor público, mais especificamente do SIASS (Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor) foi trazida ao Fórum a partir do segundo semestre de 2013. Neste momento, a Administração da Universidade discutia a continuidade da implantação da unidade do SIASS, sediada na UFPR. Essa unidade do SIASS contempla os servidores de mais duas instituições de ensino superior lotados no

Paraná: Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR) e o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná (IFPR).

O Grupo de Trabalho em Seguridade Social e Assuntos de Aposentadoria da APUFPR passou a estudar a temática em diversas vertentes: marcos legais referentes ao SIASS, documentos orientadores gerados pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e do I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor e vários trabalhos acadêmicos que analisam o tema da saúde do servidor público.

Este artigo apresenta tais estudos e analisa com maior profundidade a Unidade SIASS-UFPR. De início, o artigo recupera historicamente a Reforma Sanitária, tendo como foco a questão da Saúde do Trabalhador. Em seguida, analisa a conformação da segurança e assistência à saúde do Servidor Público Federal. Na sequência, dedica-se à análise propriamente dita do SIASS: do marco regulatório legal aos

modelos de acordo propostos pelo MPOG. No tópico subsequente, apresenta-se o resultado da avaliação da Unidade SIASS-UFPR, a partir dos debates realizados no Fórum de Saúde do Trabalhador da UFPR. Finalmente, discute-se as possíveis consequências dessa política.

2. Saúde e trabalho

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

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

Com a expansão e complexificação dos processos produtivos, em especial no pós-II Guerra Mundial, o modelo da Medicina do Trabalho não dá mais conta nem de explicar e nem de resolver os graves problemas de saúde dos operários. É então que surge o campo da chamada Saúde Ocupacional, cujo objeto de estudo e intervenção é o ambiente. Para superar o enfoque médico até então hegemônico, a Saúde Ocu-

pacional se caracteriza pela multi e interdisciplinaridade e pela ênfase na higiene industrial e serviços médicos (MENDES; DIAS, 1991).

No Brasil, as relações entre Saúde e Trabalho somente foram objeto de política pública muito tardiamente. No início do século XX, as lutas de trabalhadores – com greves expressivas – forçaram o Estado a implementar medidas voltadas à atenção do indivíduo trabalhador e seus dependentes, por meio das instituições previdenciárias (as Caixas de Aposentadoria e Pensão - CAPS e depois Institutos de Aposentadoria e Pensão - IAPs). Essas estruturas mantiveram-se nas décadas seguintes, tendo sido posteriormente incorporadas na Consolidação das Leis do Trabalho (anos 30). As mesmas permitiram a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1966, ampliando a implementação desse modelo. No entanto, conservou-se o escopo biologicista (enfoque médico-clínico). É oportuno lembrar que o direito à assistência médica e acidentária cabia apenas aos trabalhadores com contratos formais, ou seja, com carteira de trabalho assinada.

A incorporação, na política pública brasileira, de ações típicas da Saúde Ocupacional ocorre somente em 1966, com a criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo, de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO). Cabe destacar que esse campo sai do âmbito da Previdência e migra para o Ministério do Trabalho, em função do expressivo adoecimento e mesmo aumento das taxas de acidentes de trabalho. Por consequência, no plano legislativo, de acordo com Mendes e Dias (1991), o novo quadro

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

Uma vez tendo o Ministério do Trabalho se responsabilizado pelas ações no campo da Saúde e Trabalho, os serviços nessa área passam a seguir a Lei nº 6514, de 22/12/77 (BRASIL, 1977), no tocante à

Segurança e Medicina do Trabalho, e as Normas Regulamentadoras, instituídas pela Portaria nº 3214, de 08/06/78 (BRASIL, 1978). Estes marcos legais mantêm, entretanto, uma concepção vinculada à Medicina do Trabalho e à Saúde Ocupacional.

Ainda nos anos 70, dois movimentos tiveram influência decisiva nas transformações que viriam a acontecer com relação à futura política pública no campo da Saúde e do Trabalho. O primeiro deles é a retomada dos movimentos sociais como oposição aos regimes militares instaurados na América Latina. De forma concomitante, no campo da Saúde se produziu um avanço epistemológico importante, sobretudo na América Latina: elaboração do conceito de “Determinação Social da Saúde” (LAURELL, 1982; BREILH, 1988). Este conceito, baseado nos fundamentos teóricos do materialismo histórico-dialético de Marx, traz a categoria “Trabalho” como elemento central da determinação social do processo saúde-doença.

O segundo movimento consiste na influência do Movimento Operário Italiano e está na gênese do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil. Mendes e Dias (1991) ressaltam os seguintes princípios-base da agenda do movimento dos trabalhadores italianos: a não delegação da vigilância da saúde ao Estado; a não monetização do risco; a validação do saber dos trabalhadores; a realização de estudos e investigações independentes; o acompanhamento da fiscalização; e o melhoramento das condições e dos ambientes de trabalho.

No Brasil, no campo da saúde, este processo conduziu ao Movimento da Reforma Sanitária, cujo resultado concreto foi garantir suas mais importantes teses no texto da Constituição de 88, depois regulamentadas em leis específicas (BRASIL, 1988). Dentre essas teses, estavam os conteúdos relativos ao campo da Saúde do Trabalhador, que passa a ser conteúdo integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do artigo 5º, parágrafo 3º, da Lei Orgânica nº 8080, de 1990: “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990).

Embora não tendo se desenvolvido com a urgência que a realidade sanitária do país exigia, o campo

da Saúde do Trabalhador, desde sua criação até os dias atuais de existência do SUS, teve uma gradativa construção teórico-metodológica, que vem impactando tanto na organização de serviços específicos para a atenção à saúde do trabalhador, como também nas metodologias de intervenção nos ambientes de trabalho e na produção de pesquisas acadêmicas.

Ocorre que tal processo, contraditoriamente, teve pouco ou quase nenhuma repercussão prática quando se trata da atenção à saúde do servidor público. Esta, com uma trajetória histórica específica, vem se dando à margem do SUS. Por isso mesmo, as marcas presentes nas diferentes formulações políticas para atender 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 (RANNINGER; NARDI, 2007).

3. Saúde e segurança no trabalho do servidor público no Brasil

No Brasil, a trajetória do serviço público profissionalizado ocorre desde 1936, quando foi criado o Conselho Federal do Serviço Público Civil. Nos anos seguintes, outras iniciativas ocorreram, mas nenhuma de maior consistência no que se refere ao campo da saúde e segurança do servidor.

Mesmo com a criação, em 1970, do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC), pelo Decreto-Lei nº 67326, de 05/10, não se previa nenhuma organização específica para a atenção à saúde (BRASIL, 1970). Quanto à definição de uma política nacional de saúde do servidor articulada e centralizada, a promulgação da Constituição de 88 não modificou esse quadro. Como consequência, a ausência de regulamentação fez com que Ministérios e demais órgãos públicos federais passassem a criar serviços de saúde próprios, com recursos financeiros, estruturas físicas e organizacionais e critérios periciais diversificados:

Alguns órgãos estruturaram serviços de excelência em saúde, com ações nas áreas de

assistência, perícia e promoção, realizando exames médicos periódicos; outros não desenvolveram nenhuma ação na área de saúde do servidor, nem sequer possibilitaram o acesso a juntas médicas para a concessão de direitos (BRASIL, 2010, p. 3).

Esse cipoal de ações também se reproduziu nos níveis estaduais e municipais dos servidores públicos. O resultado foi, além da estrutura desigual, a inexistência de um sistema de informações que notificasse os agravos à saúde – licenças médicas, acidentes de trabalho, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais. Isto impossibilitou a construção do perfil de adoecimento dos servidores públicos e dificultou o real dimensionamento das questões relacionadas à saúde do servidor (BRASIL, 2010). Ou seja, o próprio governo não tinha como dimensionar o tamanho do problema que ele deveria atacar, fato esse que permitia justificar a continuidade de ações improvisadas, iniciativas precarizadas e a manutenção de enormes disparidades na atenção aos servidores das três esferas de Governo.

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

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

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

se estabelece o compromisso de construir e implantar, de forma compartilhada, uma

Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal - PASS, sustentada por um sistema de informação em saúde do servidor, uma sólida base legal, uma rede de unidades e serviços e a garantia de recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos. Movimento que deu consequência à criação do **Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS** (BRASIL, 2010, p. 4, grifos nossos).

A PASS está sustentada por três eixos: **vigilância e promoção à saúde, assistência à saúde do servidor e perícia em saúde**. Como estratégias para desenvolver essa política, o governo propôs diversas iniciativas, entre elas: Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS); Diagnóstico dos Serviços de Saúde dos Órgãos Federais em Âmbito Nacional; Sistema Nacional de Informações em Saúde do Servidor (SINAISS); Capacitação e Comunicação; e organização da rede de unidades do SIASS (BRASIL, 2010). Destes eixos, o único que tem sido objeto de alguma ação governamental é o SIASS, sendo que os outros ainda não foram implementados.

No que se refere à assistência à saúde do servidor, a política adotada pelo Governo Federal consistiu na adoção de parcerias público-privadas. As expressões mais acentuadas dessa política foram a concessão do *per capita*, uma retribuição feita pelo Estado apenas aos servidores que se associarem a planos de saúde complementar privados, e a previdência complementar via FUNPRESP, na qual a aposentadoria dos servidores a partir de 2013 será regulada por aplicações em fundos de pensão vinculados à Bolsa de Valores, sem nenhuma garantia efetiva de proteção social.

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

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

O SIASS tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e

fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo (BRASIL 2009a, p. 1).

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

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

1. *Quanto à gestão e política:* falta de visão de saúde organizacional; conceito de saúde restrito ao aspecto ocupacional, em detrimento da perspectiva integral; insegurança e resistência devido à mudança de cultura; pouco comprometimento e vontade política de alguns gestores, nos diversos níveis; fragilidade na definição das competências e responsabilidades na implantação do SIASS e das áreas internas de cada órgão; não estabelecimento de diretrizes; e ausência de autonomia da Política de Assistência à Saúde dos Servidores.
2. *Quanto à perícia médica:* dificuldade na troca de paradigma de perícia médica; inexistência de regulamentação/padronização da atividade

de perícia para os servidores públicos federais; ênfase nas ações de perícia médica em detrimento de outras ações de promoção da saúde; e risco do SIASS se tornar exclusivamente um modelo pericial de controle.

3. *Quanto a pessoal/equipe:* quadro reduzido para as atividades do SIASS, especialmente para as ações periciais; indefinição do papel, do perfil e da composição da equipe de vigilância à saúde; indefinição de como será estruturada a equipe técnica, seu papel e sua vinculação; inexistência de alguns cargos, como técnico de segurança; e falta da definição de uma política remuneratória.

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

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

No que concerne à sua operacionalização, a implementação das unidades do SIASS se dá através da assinatura de Acordos de Cooperação Técnica (ACT), envolvendo todas as instituições para as quais a referida unidade será responsável pelas ações de saúde do servidor. Cada ACT é acompanhado de um Plano de Trabalho para o período durante o qual o acordo estará vigente. O MPOG disponibiliza um modelo padrão de ACT a ser utilizado pelas instituições participantes do acordo.

A principal crítica que se pode fazer ao SIASS está relacionada a esse processo de implementação, uma vez que o Governo Federal não explicita os critérios para a criação das unidades do SIASS. Deste modo, abre-se espaço para uma variedade excessivamente

heterogênea de unidades, tanto do número de instituições federais participantes, como da natureza de cada uma delas e do número de servidores a serem atendidos.

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

I – potencializar o resultado das ações de saúde desenvolvidas pelos órgãos;

II – propiciar aos partícipes o uso racional de materiais, equipamentos, força de trabalho, imóveis, instalações e contratos, dentro dos princípios da eficiência, eficácia e efetividade; e

III – otimizar recursos orçamentários.

Pode-se notar que, ao focar tais objetivos, a atenção à saúde do servidor passa a ter um viés meramente administrativo e economicista. Em conformidade com esta visão, a política de saúde do servidor fica sob a administração do MPOG e não do Ministério da Saúde ou do Ministério do Trabalho – que possuem estruturas técnicas específicas para o acompanhamento das condições de trabalho exigidas por lei. Mais um elemento que confirma tal afirmação pode ser encontrado em uma das diretivas atribuídas ao Comitê Gestor, que deverá pautar suas ações visando a “reduzir o tempo de ausência do servidor do seu

ambiente de trabalho” (BRASIL 2009b, Art. 4º, § 2º). O foco das ações propostas pelo MPOG está no retorno ao trabalho e não no bem estar do trabalhador. Aqui se revela, sem nenhum disfarce, um retorno a uma concepção de Medicina do Trabalho produtivista própria do século XIX.

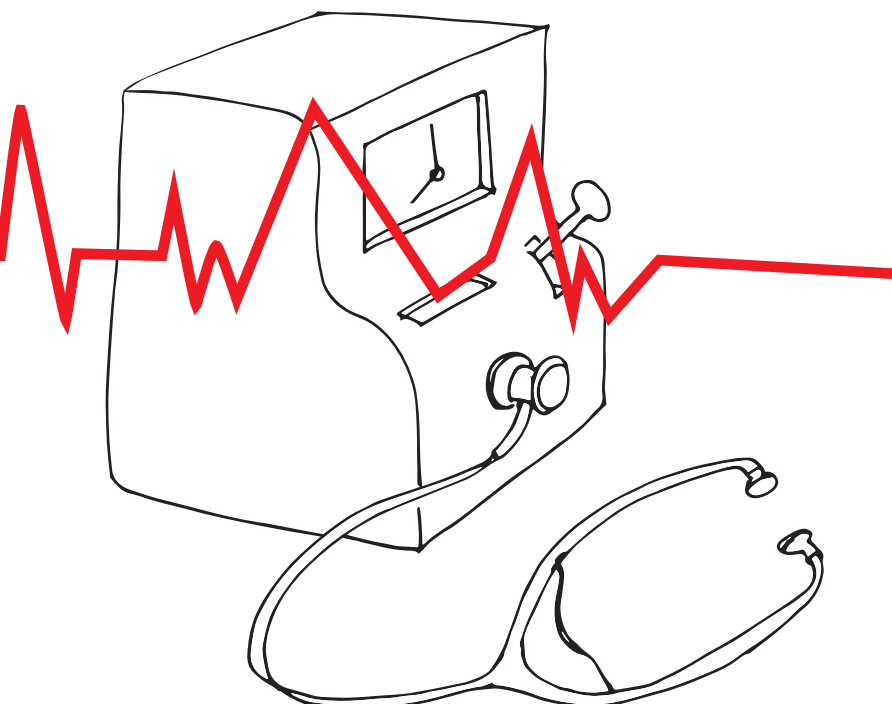
5. Unidade SIASS-UFPR – Uma estrutura insuficiente para uma unidade atendendo a três instituições

Até o momento, foram implantadas em Curitiba duas unidades do SIASS. Destas, uma está voltada exclusivamente aos servidores de três instituições federais de ensino: UFPR, UTFPR e IFPR, com sede na UFPR. A outra unidade envolve parte dos demais órgãos federais sediados em Curitiba.

O primeiro acordo técnico de cooperação da Unidade do SIASS-UFPR, entre as três instituições, foi assinado em 2009, com dois anos de duração, renovado automaticamente em 2011 e encerrado em 2013. O SIASS-UFPR tem como público-alvo em torno de 15.000 pessoas, entre servidores ativos, inativos e pensionistas. Destes, 68% são vinculados à UFPR, 25% à UTFPR e 7% ao IFPR. Geograficamente, as três instituições possuem *campus* sede em Curitiba e seus demais *campi* estão distribuídos pelo Estado: a UFPR possui quatro no interior do estado; a UTFPR doze; e o IFPR dezenove, com seis em fase de implantação. Dentre as três instituições, a UFPR tornou-se a sede da Unidade SIASS, segundo a sua Direção, por duas razões: ter um mínimo de estrutura de serviço de atenção à saúde para recepcionar os servidores e ter ‘vocação’ para prestar esse tipo de serviço – uma vez que suas unidades de atendimento já estão estruturadas há bastante tempo.

A respeito do ACT (Acordo de Cooperação Técnica) e do Plano de Trabalho, é possível identificar diversos problemas quanto à implementação do SIASS-UFPR¹. Dentre eles podem ser citados:

1. Não foi realizado o dimensionamento de pessoal previsto no ACT. Segundo o responsável pela Unidade, UTFPR e IFPR contribuíram cedendo alguns profissionais, ainda



assim sem sucesso no intento de compor uma equipe com número suficiente de servidores para atender às diferentes atividades previstas no Acordo.

2. Estavam previstos dois concursos, em 2013 e 2014, para contratação de cerca de 1000 servidores para o SIASS em todo o país. Deste total, apenas 14 vagas viriam para o Estado do Paraná e 6 delas para a Unidade SIASS-UFPR. Entretanto, esses concursos foram cancelados e não há previsão de contratação de pessoal a médio prazo.
3. As instalações físicas do SIASS-UFPR para o atendimento apenas da demanda da UFPR são precárias e insuficientes para realizar perícias médicas. Deste modo, pode-se pensar em duas questões: como promover perícias médicas aos servidores dos demais órgãos partícipes? Como desenvolver nestas três instituições as atividades de assistência e de promoção de saúde?
4. As instituições têm criado novos *campi* sem nenhuma previsão ou alocação de recursos humanos e infraestrutura necessários para a atenção à Saúde.
5. A UFPR dispõe de um sistema denominado CASA (Centro de Atenção à Saúde), que consiste em três unidades ambulatoriais, distribuídas nos *campi* em Curitiba, com função de realizar a assistência primária à saúde da comunidade universitária. A implantação da Unidade SIASS pressupõe a extinção desse sistema, sem construir soluções alternativas para substituir os serviços por ele prestados. Esta lacuna não é tratada no planejamento proposto.
6. Os dados relativos à saúde e afastamentos dos servidores atendidos pelo SIASS-UFPR são de acesso exclusivo do MPOG, o que impede estabelecer um perfil epidemiológico de saúde dos servidores da UFPR.

7. Os cursos previstos para capacitação dos servidores pertencentes ao SIASS são realizados via Ensino a Distância e, em sua maioria, voltados para saúde suplementar e previdência complementar. Ou seja, os poucos recursos disponibilizados pelo MPOG são destinados a incrementar a política de soluções via parcerias público-privadas.
8. O Serviço de Perícia não gera a Comunicação de Acidente de Trabalho no Serviço Público (CAT/SP) e, por consequência, não estabelece nexos causais entre adoecimento e trabalho, mesmo quando este seja indicado por atendimento de saúde externo à Unidade.
9. Não fica claro como cada uma das instituições partícipes vão dispor de suas verbas orçamentárias e de seus recursos humanos destinados à saúde do servidor nas ações da Unidade SIASS-UFPR. Não há também proporcionalidade dos recursos disponibilizados por cada instituição participante.
10. Não há proporcionalidade entre o número de servidores do SIASS cedidos por cada instituição e o número de servidores a serem atendidos dessas instituições.

6. Conclusão

Desde 1936 até 2006, o servidor público federal não contou com nenhuma Política de Atenção à Saúde. A partir de 2006 foi proposta a elaboração de uma Política de Estado para a Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público. Foram indicadas uma série de ações que resultaram na proposta de criação de diversos programas, ao lado do SIASS, dentro da PASS. Alguns destes já foram substituídos por outros e outros ainda não foram implementados. Ademais, em nenhum momento, os resultados de análise deste processo foram disponibilizados pelos órgãos governamentais responsáveis.

Na prática, os eixos de vigilância e promoção continuam com pouca ação efetiva. Eles estão presentes

no título da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal, mas curiosamente desaparecem no título do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor. Pior que isso: o eixo Assistência à Saúde foi transferido para um modelo de parceria público-privada, cofinanciada pelo Estado. O eixo referente à Perícia em Saúde mantém-se numa lógica com nítidas conotações de controle da força de trabalho.

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

Outro elemento importante é que, em nenhum momento, na elaboração e na discussão das políticas relacionadas à Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor, foram criados espaços de participação dos servidores públicos federais ou de suas representações sindicais. Ou seja, não foi dado ao Servidor Público Federal o mesmo tratamento que é propiciado ao trabalhador quando das Conferências de Saúde.

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

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

1. As versões de ACT e Plano de Trabalho aqui analisadas foram distribuídas em reunião do Fórum de Saúde do Trabalhador da UFPR, pela Coordenação do SIASS-UFPR, em outubro de 2013.

notas

- BRASIL. Presidência da República. **Decreto-lei nº 67326**, de 5 de outubro de 1970. Dispõe sobre o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal e dá outras providências. Brasília: [s.n.], 1970.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6514**, de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. Brasília: [s.n.], 1977.
- BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 3214**, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília: [s.n.], 1978.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei orgânica nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: [s.n.], 1990.
- BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6833**, de 29 de abril de 2009. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília: [s.n.], 2009a.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Relatório final da Conferência Nacional de Recursos Humanos da Administração Pública Federal – 2009: A Democratização das Relações de Trabalho: Um novo olhar sobre a política de gestão de pessoas da Administração Pública Federal** Brasília: MPOG, 2009b.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor - DESAP. **Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal - PASS**. Brasília, setembro de 2010. Disponível em: <http://www.ufvjm.edu.br/proace/saude/doc_view/3documento-do-siass.html>. Acesso em: 7 abr. 2014.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão pública. **Portaria normativa nº 3**, de 25 de março de 2013.
- BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: UNESP/HUCITEC, 1988.
- LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Rev. Latinoamericana de Salud**, n. 2, p. 7-25, abr. 1982.
- LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-49, 1991.
- RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. 3. ed. São Paulo: Fundacentro, 2000.
- RAMMINGER, T.; NARDI, H. C. Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 213-26, abr.-jun. 2007.

referências