

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

VICENTE SCHEIDT PÓLLI

**Equipe multiprofissional na proposta de política de atenção à saúde e segurança no trabalho do servidor público federal: uma discussão a partir da concepção da Saúde do Trabalhador.**

Maringá

2014

VICENTE SCHEIDT PÓLLI

**Equipe multiprofissional na proposta de política de atenção à saúde e segurança no trabalho do servidor público federal: uma discussão a partir da concepção da Saúde do Trabalhador.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de concentração: ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> LÚCIA CECÍLIA DA SILVA

Maringá

2014

Catálogo na publicação

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Pólli, Vicente Scheidt

Equipe multiprofissional na proposta de política de atenção à saúde e segurança no trabalho do servidor público federal: uma discussão a partir da concepção da Saúde do Trabalhador / Vicente Scheidt Pólli – Maringá, 2014.

147 f.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lúcia Cecília da Silva

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Setor de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá.

1. Trabalhadores - Saúde. 2. Saúde e trabalho. 3. Segurança no trabalho. 4. Medicina do Trabalho. 5. Servidores públicos. I. Título.

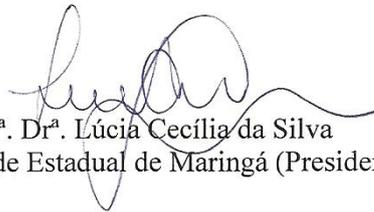
CDD 363.11

VICENTE SCHEIDT PÓLLI

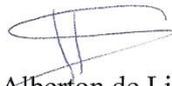
**Equipe multiprofissional na proposta de política de atenção à saúde e segurança no trabalho do servidor público federal: uma discussão a partir da concepção da saúde do trabalhador**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA



Prof.ª. Dr.ª. Lúcia Cecília da Silva  
Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Prof.ª. Dr.ª. Isaura Alberton de Lima  
Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR)



Prof. Dr. Walter Dúcio de Alencar Praxedes  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Aprovada em: 17 de fevereiro de 2014

Local de defesa: Bloco H-12, sala 14, *campus* da Universidade Estadual de Maringá

Dedico este trabalho a meus pais,  
que na simplicidade sempre me deram condições de lutar pelos meus objetivos  
e indicaram qual o caminho mais adequado e correto para atingi-los.

## AGRADECIMENTOS

Regressar à vida acadêmica depois de muitos anos de afastamento, num campo do conhecimento diferente daquele em que estive inserido anteriormente, conciliar as atividades acadêmicas com as obrigações familiares, sociais e de trabalho não foi tarefa fácil.

As dificuldades, no entanto, valorizam o esforço e o apoio que recebi para atingir os objetivos. Talvez, uma das mais difíceis tarefas neste trabalho seja agradecer, de forma justa, a todos que me apoiaram e contribuíram de alguma forma para a sua elaboração, sem cometer a grave falta de esquecer alguém.

Primeiramente, preciso agradecer à minha esposa Elenise e aos meus filhos Daniel e Cecília. Com certeza não foi fácil a tarefa deles de compreender e apoiar um afastamento quase total por um período próximo de dois anos e, sem o qual, eu não poderia concretizar este projeto pessoal.

Agradeço em especial à minha orientadora, a Doutora Lúcia Cecília, que aceitou o desafio de apontar os caminhos e fazer as devidas correções de rota na elaboração deste trabalho. Sua paciência e a capacidade de dividir sua dedicação com outros tantos compromissos foram fundamentais para que eu, pelo seu exemplo, reunisse tranquilidade e força nos momentos em que elas pareciam se afastar de mim.

A todos os outros professores da Pós-Graduação, aí incluídos os membros da banca de qualificação, que contribuíram de forma decisiva, cada um a seu modo, com a elaboração e o aprimoramento dessa dissertação, ao repassar seus conhecimentos acumulados.

Aos colegas de curso que, sem ressalvas, se esforçaram para que todos cumprissem os requisitos do programa, compartilhando a amizade, o coleguismo e o conhecimento complementar que enriqueceram minha vida e meu trabalho.

Agradeço à Universidade Estadual de Maringá e também à minha instituição de vínculo, a Universidade Federal do Paraná, que me permitiram voltar à vida acadêmica, agregar conhecimento e procurar retribuir com o tema escolhido para este trabalho. Reconheço a importância do esforço que o Estado do Paraná, através da sua Escola de Governo, empreende para capacitar servidores e aprimorar a construção de políticas públicas, as quais têm por finalidade melhorar a convivência em sociedade e contribuir com a busca da cidadania plena.

## O VALIOSO TEMPO DOS MADUROS

Mário de Andrade

Contei meus anos e descobri que terei menos tempo para viver daqui para a frente do que já  
vivi até agora.  
Tenho muito mais passado do que futuro.  
Sinto-me como aquele menino que recebeu uma bacia de cerejas.  
As primeiras, ele chupou displicente, mas percebendo que faltam poucas, rói o caroço.  
Já não tenho tempo para lidar com mediocridades.  
Não quero estar em reuniões onde desfilam egos inflamados.  
Inquieto-me com invejosos tentando destruir quem eles admiram, cobiçando seus lugares,  
talentos e sorte.  
Já não tenho tempo para conversas intermináveis, para discutir assuntos inúteis sobre vidas  
alheias que nem fazem parte da minha.  
Já não tenho tempo para administrar melindres de pessoas, que apesar da idade cronológica,  
são imaturos.  
Detesto fazer acareação de desafectos que brigaram pelo majestoso cargo de secretário-geral  
do coral.  
As pessoas não debatem conteúdos, apenas os rótulos.  
Meu tempo tornou-se escasso para debater rótulos, quero a essência, minha alma tem pressa...  
Sem muitas cerejas na bacia, quero viver ao lado de gente humana, muito humana; que sabe  
rir de seus tropeços, não se encanta com triunfos, não se considera eleita antes da hora, não  
foge de sua mortalidade.  
Caminhar perto de coisas e pessoas de verdade,  
o essencial faz a vida valer a pena.  
E para mim, basta o essencial!

## **Equipe multiprofissional na proposta de política de atenção à saúde e segurança no trabalho do servidor público federal: uma discussão a partir da concepção da Saúde do Trabalhador.**

### **RESUMO**

O presente estudo pretende contribuir com a formulação de uma política de saúde e segurança no trabalho que está sendo elaborada pelo Governo Federal para os seus servidores. As abordagens e as práticas multiprofissionais e interdisciplinares têm sido reconhecidas como o melhor caminho para se obter a integralidade da atenção à saúde e como conceitos nucleares para consolidação das políticas públicas nessa área. Dessa forma, estabeleceu-se como objetivo geral discutir a atuação da equipe multiprofissional de atenção à saúde dos servidores das três instituições federais de ensino no estado do Paraná – Universidade Federal do Paraná, Universidade Tecnológica Federal do Paraná e Instituto Federal do Paraná. Para atingi-lo, foi realizada uma pesquisa, de caráter qualitativo, que foca o trabalho em equipe a partir da percepção dos servidores ligados à sua atuação. Foram utilizadas técnicas de entrevistas semiestruturadas para a obtenção de dados e entrevistados sete profissionais da equipe multiprofissional, cinco usuários atendidos por essa equipe, dois representantes sindicais e um gestor de recursos humanos de uma dessas instituições de ensino superior. A avaliação do material empírico foi realizada com base no referencial da análise de conteúdo em sua vertente temática. O referencial teórico utilizado para a discussão dos resultados foi a perspectiva ergológica de Schwartz, que foi articulada com os conceitos da Saúde Coletiva e da Saúde do Trabalhador e os princípios, objetivos e diretrizes de políticas públicas relacionadas à saúde e segurança dos trabalhadores e servidores públicos federais. Na análise dos dados coletados foi possível perceber que na proposta de política para a saúde e segurança no trabalho para os servidores públicos não foram respeitados os princípios da construção coletiva e horizontal, com gestão de responsabilidade compartilhada como previsto na legislação vigente. Apesar disso, os profissionais que participaram da pesquisa se mostraram protagonistas e comprometidos com a atenção integral à saúde, atuando de forma interdisciplinar, obtendo reconhecimento positivo do usuário apesar das inadequadas condições de trabalho que lhes foram oferecidas.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva. Saúde do Trabalhador. Ergologia. Políticas públicas. Equipe multiprofissional em saúde.

## **Multiprofessional team in the policy proposal in health and safety at work attention to the federal servants: a discussion in the Worker Health conception.**

### **ABSTRACT**

The following study intends to contribute with the elaboration of the health and safety at work policy being designed by the Brazilian Federal Government to its public servants. The multiprofessional and interdisciplinary approaches and practices have been recognized as the best methods to obtain full attention to the health matter and as core concepts to consolidate public policies in this area. As so, the main established objective of this study is to discuss the performance of a multiprofessional team that works with health of servants from three federal institutions – Universidade Federal do Paraná, Universidade Tecnológica Federal do Paraná and Instituto Federal do Paraná. In order to reach the intended goal, a qualitative research was conducted focusing on team work through the servants perceptions of their own performances. Semi-structured interviews were used for data gathering, encompassing seven professionals of the multiprofessional team, five users attended by this team, two union representatives and a human resources manager of one of the subject institutions. The evaluation of empirical material was performed via content referential analysis based on thematic aspects. As a theoretical reference, the contributions from Schwartz's ergological perspective were used, articulating them with the concepts of Collective and Worker Health and reflections on principles, objectives and directives of public policies related to health and safety of workers and Brazilian public servants. After analyzing the gathered data, it was possible to verify that the proposal of the health and at work labor policy to public servants did not respect the principles of collective and horizontal construction, including management of shared responsibility as defined by current legislation. Despite this fact, the interviewed professionals showed themselves as protagonists and fully committed to servants' health, working in interdisciplinary way, obtaining positive recognition from service users despite the inadequate working conditions that are provided to them.

**Keywords:** Collective Health. Worker Health. Ergology. Public policies. Multiprofessional team work.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACL	Avaliação de Capacidade Laborativa
APF	Administração Pública Federal
APST	Análise Pluridisciplinar de Situações de Trabalho
APUFPR	Associação dos Professores da Universidade Federal do Paraná
CAC	Coordenação de Assuntos Comunitários
CGASS	Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COPEP	Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CTSST	Comissão Tripartite de Segurança e Saúde no Trabalho
DESAP	Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor
DOU	Diário Oficial da União
ECRP	Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes
EMASS	Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde do Servidor
IFPR	Instituto Federal do Paraná
JOS	Junta Oficial em Saúde
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
NOSS	Norma Operacional de Saúde do Servidor
NR	Normas Regulamentadoras
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS (WHO)	Organização Mundial da Saúde (World Health Organization)
PASS	Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PRHAE	Pró-Reitoria de Recursos Humanos e Assuntos Estudantis
PROGEPE	Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
PST	Programa de Saúde dos Trabalhadores
RGP	Regime Geral de Previdência
RHS	Rede de Humanização em Saúde
SAPS	Serviço de Avaliação e Perícia em Saúde
SEGEP	Secretaria de Gestão Pública
SESAO	Serviço de Engenharia e Segurança e Saúde Ocupacional
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal
SIASS-UFPR	Unidade Regional do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor da Universidade Federal do Paraná
SINDITEST	Sindicato dos Trabalhadores em Educação do Terceiro Grau Público de Curitiba, Região Metropolitana e Litoral do Estado do Paraná
SISOSP	Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UFPR	Universidade Federal do Paraná
URF	Unidade de Reabilitação Funcional
UTFPR	Universidade Tecnológica Federal do Paraná

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2. CAPÍTULO I – SAÚDE DO TRABALHADOR</b>	16
2.1. A MEDICINA DO TRABALHO	16
2.2. A SAÚDE OCUPACIONAL	18
2.3. A SAÚDE DO TRABALHADOR	20
<b>3. CAPÍTULO II – O TRABALHO EM EQUIPES DE SAÚDE</b>	24
3.1. CONCEITOS	24
3.2. O TRABALHO EM EQUIPE NA PERSPECTIVA DA ERGOLOGIA	35
<b>4. CAPÍTULO III – POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR</b>	40
4.1. POLÍTICAS INSTITUÍDAS	40
<b>4.1.1. Política Nacional de Humanização (PNH)</b>	40
<b>4.1.2. Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS)</b>	45
<b>4.1.3. Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST)</b>	47
4.2. PROPOSTA DE POLÍTICA PARA O SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL	48
<b>4.2.1. Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS)</b>	48
<b>4.2.2. A equipe multiprofissional na unidade SIASS-UFPR</b>	52
<b>4.2.3. A proposta de política e o trabalho da equipe: o encontro necessário</b>	58
<b>5. CAPÍTULO IV – PERCURSO METODOLÓGICO</b>	62
5.1. A PESQUISA QUALITATIVA	62
5.2. CENÁRIO DO ESTUDO	64
5.3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	65
5.4. PARTICIPANTES DA PESQUISA	66
5.5. COLETA DE DADOS	68
5.6. ANÁLISE DOS DADOS	70
<b>6. CAPÍTULO V – RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	72
6.1. PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	72
<b>6.1.1. Motivação</b>	73
<b>6.1.2. Trabalho em equipe multiprofissional de saúde</b>	78
<b>6.1.3. Interdisciplinaridade</b>	84
6.2. GESTOR DE RECURSOS HUMANOS DO SERVIÇO PÚBLICO	89
<b>6.2.1. Políticas Públicas</b>	91
<b>6.2.2. SIASS e EMASS</b>	92
6.3. USUÁRIOS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	95
<b>6.3.1. Proposta de política pública para o servidor público</b>	96
<b>6.3.2. SIASS e EMASS</b>	97
<b>6.3.3. Compreensão do trabalho da equipe</b>	98
6.4. REPRESENTANTES DA CATEGORIA DOS USUÁRIOS	101
<b>6.4.1. Políticas Públicas</b>	102
<b>6.4.2. SIASS e EMASS</b>	104
<b>6.4.3. Demanda dos associados</b>	107
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	111

<b>REFERÊNCIAS</b>	115
APÊNDICE A – Fluxograma de ACL – Modelo SAPS-SESAO	121
APÊNDICE B – Fluxograma de ACL – Modelo EMASS	123
APÊNDICE C – Organograma – Unidade SIASS-UFPR	125
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	127
APÊNDICE E – Estratégias, Questões Norteadoras, Questões das Entrevistas e Roteiro do Observador Participante	130
ANEXO A – Autorização PROGEPE – Março 2013	140
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP	142
ANEXO C – Autorização PROGEPE – Maio 2013	146

## INTRODUÇÃO

Os processos e as relações de trabalho mudaram significativamente ao longo dos anos, mais acentuadamente a partir da primeira metade do século XIX, período marcado pela Revolução Industrial na Inglaterra. Junto com eles, também mudaram as formas de entender a saúde dos trabalhadores (MENDES e DIAS, 1991).

A Constituição Federal do Brasil promulgada em 1988, de conteúdo eminentemente humanista, garantiu o atendimento integral e universal à saúde como um direito de todos e dever do Estado, a ser concretizado por meio de políticas sociais e econômicas. A partir de então, todas as políticas públicas devem se basear nesses preceitos constitucionais e os espaços acadêmicos e os movimentos representativos vêm discutindo a saúde do trabalhador dentro dos princípios e diretrizes da universalidade, integralidade e equidade, considerando as relações de saúde-trabalho como campo de ação da saúde coletiva (BRASIL, 1988; ANDRADE, 2009).

As abordagens e as práticas multiprofissionais e interdisciplinares em saúde foram reconhecidas como o melhor caminho para obter a integralidade da assistência e o adequado cuidado às pessoas em suas múltiplas necessidades, tanto nas publicações acadêmicas como nos princípios e diretrizes das políticas federais sobre o tema. (AMORETTI, 2005; BRASIL, 2004). No entanto, as transformações necessárias para a prática dessa nova proposta de trabalho coletivo não estão isentas de esforço ou conflitos e envolvem escolhas quanto ao tipo de relações interprofissionais que se deseja construir e à postura ética e política que se pretende adotar para atender as demandas e necessidades dos usuários (CARDOSO e HENNINGTON, 2011).

No contexto atual, em especial no Brasil, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, o trabalhador busca o reconhecimento como ator e protagonista nas ações para o aperfeiçoamento do processo e a melhoria das condições de trabalho, reivindicando ser participante ativo das decisões políticas e sociais. O trabalhador tem conseguido melhorar sua relação com o trabalho, de forma lenta, sujeita a recuos, mas também com avanços significativos, numa sociedade que está mais interessada na coletividade (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997). Como consequência, cresceu a sua influência e o respeito ao seu conhecimento na formulação das políticas públicas a ele relacionadas. No entanto, ainda há muito que se construir nessa área do trabalho, em especial no campo da saúde e segurança do trabalhador (NARDI, 1997; CAVALCANTE, 2008).

Um dos meios para se criar atalhos no processo de democratização das relações de trabalho, talvez seja a aproximação da inovação conceitual teórica produzida pelo meio acadêmico, o patrimônio dos conceitos previamente estabelecidos e o reconhecimento da prática do trabalhador como sujeito e protagonista nessa relação de saberes (MEIRELLES E ERDMANN, 2005; SCHERER, PIRES e SCHWARTZ, 2009; LUCAS 2010).

É nesse sentido que a proposta desse trabalho foi estruturada. Pretendeu-se contribuir com a produção científica e com a construção de uma política pública para a saúde e segurança no trabalho dos servidores públicos, buscando-se entender a prática de trabalho de uma equipe multiprofissional de atenção à saúde, por meio de conceitos encontrados nas publicações especializadas sobre essa forma coletiva de trabalho e os princípios da Saúde do Trabalhador. Utilizou-se como referencial teórico a Ergologia, que foi concebida pela escola francesa, e foram resgatadas as políticas públicas em vigor, relacionadas à saúde do trabalhador, para avaliar a existência de conformidade delas com os preceitos constitucionais estabelecidos na nossa Carta Magna.

Para obter elementos consistentes, que possibilitassem contribuir com uma política pública de saúde e segurança no trabalho para o servidor público federal que está em construção no Governo Federal, estabeleceu-se como objetivo geral desse estudo discutir a atuação da equipe multiprofissional na proposta de Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) em implantação pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) do Governo Federal, no âmbito da Unidade Regional SIASS-UFPR.

Também definiu-se como objetivos específicos: fazer o levantamento da produção científica relacionada à saúde e segurança do trabalhador e da legislação específica vigente sobre o tema; distinguir os obstáculos e elementos facilitadores encontrados no trabalho da equipe multiprofissional do SIASS-UFPR, dentro dos conceitos da Saúde do Trabalhador e refletir sobre a humanização da atenção à saúde dos servidores públicos através do aperfeiçoamento do processo de trabalho em equipe.

A pesquisa, de cunho qualitativo, usou como recurso entrevistar quinze pessoas, entre profissionais da equipe multiprofissional, usuários do atendimento da equipe, representantes sindicais dos servidores públicos e o gestor de recursos humanos de uma das instituições de ensino que compõem a unidade SIASS-UFPR, todos servidores públicos federais. As entrevistas forneceram as percepções desses servidores sobre o trabalho da equipe

multiprofissional e do grau de conhecimento sobre o SIASS e sua unidade regional no Paraná e também sobre as políticas públicas relacionadas à saúde e segurança no trabalho dos servidores públicos federais.

O estudo está apresentado em cinco capítulos. No primeiro capítulo, “Saúde do Trabalhador”, são apresentadas as características da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador, buscando estabelecer as diferenças entre elas na cronologia e nos aspectos dos movimentos sociais e políticos em que tiveram sua maior expressão. No conteúdo deste capítulo, pôde-se perceber uma evolução no cuidado com a saúde dos trabalhadores, do ponto de vista da melhoria das condições de vida e da busca pelo exercício pleno da cidadania. Percebeu-se também que no início a preocupação foi com o trabalho (Medicina do Trabalho), depois a preservação da força de trabalho (Medicina Ocupacional) e mais recentemente com a saúde e o bem-estar do trabalhador (Saúde do Trabalhador) (MENDES e DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997; CAVALCANTE, 2008).

No segundo capítulo, “O Trabalho em Equipes de Saúde”, foram abordados os conceitos que envolvem o trabalho de equipes multiprofissionais em saúde e os princípios da Ergologia de Schwartz. O trabalho de equipes multiprofissionais em saúde fundamenta-se nos conceitos da Saúde do Trabalhador, que está inserida no campo da Saúde Coletiva, e é de fundamental importância na obtenção da atenção integral à saúde, de forma humanizada e com respeito às necessidades biopsicossociais do ser humano e do trabalhador em especial. Discute-se as características desse tipo de trabalho, suas dificuldades, suas vantagens e sua importância como instrumento na implantação das políticas públicas fundamentadas nos preceitos constitucionais. No referencial teórico da Ergologia, que tem como principal mentor o filósofo francês Yves Schwartz, foram discutidos os conceitos e fundamentos da proposta de enfoque sobre três polos – o do saber acadêmico, do patrimônio acumulado pelo saber previamente estabelecido e o polo do saber da prática cotidiana do trabalhador – que demonstraram ter afinidade com os conceitos da Saúde do Trabalhador e das políticas públicas de saúde no trabalho, já implantadas ou em construção no nosso país. O referencial teórico foi utilizado durante todo o caminho delineado para a pesquisa, servindo de guia para focalizar o objeto de estudo e conduzir as reflexões sobre os temas abordados.

No capítulo terceiro, “Políticas Públicas na Saúde e Segurança do Trabalhador”, foram resgatadas três políticas públicas em vigor, relacionadas à saúde e segurança dos

trabalhadores, que são a Política Nacional de Humanização (PNH), a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). Foram destacados os princípios, os objetivos e as diretrizes dessas três políticas para verificar a existência de correlação com os preceitos em saúde da Constituição Federal de 1988. A seguir, foi apresentada a proposta de uma política em saúde e segurança no trabalho para o servidor público federal que está em elaboração no governo federal. Apesar do documento não ser oficial, por não ter sido concluído e publicado, estando sujeito a complementações e alterações futuras, tomou-se como base uma minuta dessa proposta, que foi fornecida pelo Ministério do Planejamento para utilização neste trabalho acadêmico. Ainda nesse capítulo fez-se referência à Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde do Servidor (EMASS) da Unidade SIASS-UFPR que é uma unidade regional responsável pela execução das ações propostas pelo governo federal para a saúde e segurança dos seus servidores. Foi feito um breve histórico sobre a sua criação e também foram fornecidas informações sobre os profissionais que a compõem, as condições e o método de trabalho utilizado, com a finalidade de melhor entender as respostas à pesquisa realizada. Por fim, nesse mesmo capítulo, buscou-se verificar a pertinência de utilizar o conhecimento do trabalho da equipe multiprofissional na sua prática cotidiana, como contribuição para a formulação da proposta da política pública em questão, num encontro conceitual, que foi considerado necessário.

O capítulo quarto foi dedicado ao “Percurso Metodológico”. Nele, buscou-se justificar a escolha do método qualitativo em função dos objetivos estabelecidos na pesquisa, citando as características desse método, de acordo com alguns pesquisadores. Buscando-se uma melhor contextualização e visualização por parte dos leitores, apresentou-se uma noção do cenário no qual foi realizado o presente estudo, que é o campo de trabalho da EMASS, que atende aproximadamente dez mil servidores públicos em educação da unidade SIASS-UFPR. Descreveu-se os procedimentos realizados para atender aos preceitos éticos da pesquisa e que foram apresentados e aprovados pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Ainda neste capítulo foram descritas algumas características da amostra de servidores definidos para a pesquisa de campo realizada, a forma estabelecida para a coleta de dados, com as respectivas definições conceituais, e também o caminho e os conceitos utilizados na análise desses dados, buscando-se obter os resultados da pesquisa para a conclusão dos trabalhos.

O capítulo quinto – “Resultados e Discussão” – foi destinado a apontar e discutir os resultados da pesquisa, visando estabelecer se foram atingidos os objetivos inicialmente propostos. Para a categorização dos temas a serem analisados, considerou-se o fato de que cada grupo de entrevistados (profissionais da equipe, gestor de recursos humanos, usuários diretos e representantes da categoria de servidores) responderam questionários próprios, mas que mantinham foco nos objetivos propostos nesta pesquisa. Assim, neste capítulo, ficou estabelecida a categorização em quatro grupos para análise que são “*Profissionais da Equipe Multiprofissional em Saúde*”; “*Gestor de Recursos Humanos do Serviço Público*”; “*Usuários da Equipe Multiprofissional*” e “*Representantes da Categoria dos Usuários*”. Para cada grupo categorizado, por haver temas peculiares a cada um, ficou estabelecida uma subdivisão em unidades, visando um melhor entendimento sobre esses temas específicos.

Por fim, foram apresentadas as considerações finais, com as quais se procurou sintetizar o que de mais importante se conseguiu discutir e apreender em relação ao objeto deste estudo e foram apontados elementos que visam contribuir para a implantação de uma política para a saúde e segurança no trabalho dos servidores públicos federais, com a produção científica e com o aperfeiçoamento do trabalho das equipes multiprofissionais de atenção integral à saúde.

## **CAPÍTULO I**

### **SAÚDE DO TRABALHADOR**

A partir do início do século XIX ocorreram significativas mudanças nos processos e nas relações de trabalho que repercutiram diretamente sobre a saúde e a segurança dos trabalhadores. O início de tais mudanças ocorreu no período marcado pela Revolução Industrial na Inglaterra, houve um segundo grande marco que foi a Segunda Grande Guerra Mundial na primeira metade do século XX e mais recentemente, a partir do final da década de 1960, o período marcado pela terceirização do trabalho, a transnacionalização da economia, a introdução da automação e da informática nos processos de trabalho que provocaram novas mudanças, inicialmente nos países industrializados do mundo ocidental, como a Inglaterra, a França, a Itália e os Estados Unidos e posteriormente na América Latina (MENDES e DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997; CAVALCANTE, 2008).

As principais terminologias usadas para caracterizar tais mudanças e diferenças foram a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador. Em linhas gerais, pode-se relacionar a Medicina do Trabalho ao seu foco principal de intervenção sobre as doenças (“recuperação da saúde”), a Saúde Ocupacional à prevenção do adoecimento e dos acidentes (“proteção à saúde”) e a Saúde do Trabalhador à educação para a proteção da saúde (“promoção à saúde”) (MENDES e DIAS, 1991).

Mesmo em uma avaliação menos aprofundada, percebe-se uma evolução no cuidado com a saúde dos trabalhadores na aplicação desses conceitos, do ponto de vista de uma proposta de melhoria das condições de vida e da busca do exercício pleno da cidadania. Num primeiro momento, a preocupação foi com o trabalho (Medicina do Trabalho), depois com a preservação da força de trabalho (Medicina Ocupacional) e mais recentemente com a saúde e o bem-estar do trabalhador (Saúde do Trabalhador) (MENDES, 1995).

Neste capítulo, buscou-se estabelecer as diferenças entre estes três conceitos quanto à cronologia e aos aspectos dos movimentos sociais e políticos em que tiveram sua maior expressão.

#### **2.1. A MEDICINA DO TRABALHO**

A Medicina do Trabalho surge na Inglaterra com a Revolução Industrial, na primeira metade do século XIX, num panorama social caótico entre grandes epidemias, mudanças sociais pelo crescimento desordenado dos núcleos urbanos e alterações no sistema de

produção decorrentes do início do capitalismo industrial que criavam terreno fértil para a exploração da força de trabalho e da pobreza (CAVALCANTE, 2008).

Nessa época ainda predominava o desinteresse pelas condições de saúde dos trabalhadores, reflexo dos períodos anteriores em que no trabalho escravo ou no regime servil, o trabalhador, o escravo e o servo eram pertences da terra como os animais e as ferramentas, sem história, sem perspectivas, sem esperança (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

Como consequência, ocorriam os acidentes graves, mutilantes e fatais, as intoxicações agudas e outros agravos à saúde dos trabalhadores, incluindo mulheres e crianças. A submissão a um processo acelerado e desumano de produção levava ao consumo da força de trabalho (MENDES e DIAS, 1991), em tal intensidade, que só começou a se modificar pelo intenso movimento social que levou políticos e legisladores a buscarem o controle sobre as condições e ambientes de trabalho. O *Factory Act*, lei das fábricas, de 1833, amplia as medidas iniciadas por regulamentações em 1802 e levou as empresas a contratarem médicos para o controle da saúde dos trabalhadores (MENDES, 1995).

O reflexo internacional das consequências do trabalho sobre a saúde leva a Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919, por meio da Recomendação 97 de 1953 sobre a “Proteção da Saúde dos Trabalhadores”, a recomendar aos Estados Membros a formação de médicos do trabalho e os Serviços Médicos do Trabalho (MENDES e DIAS, 1991).

A Medicina do Trabalho inicia timidamente no Brasil também no século XIX, como um braço da Medicina Social e da Saúde Pública, dentro do mesmo contexto político que ocorria na Europa: fortalecimento do Estado, proteção da cidade e, mais tarde, atenção aos pobres e à força laboral (NUNES, 1989 *apud* MENDES, 1995, p.9). As primeiras ações de higiene nos ambientes de trabalho e medidas de controle de endemias surgiram nesse período (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997; MENDES, 1995, p.13).

Na Medicina do Trabalho as ações eram totalmente centradas no médico, que era da confiança do empregador e também responsável pela prevenção das doenças e pelas consequências que delas adviessem. Dentre as atribuições do médico do trabalho constava a seleção de trabalhadores com perfil e habilidades adequados à determinada atividade e ações educativas para adequar o trabalhador às condições de trabalho. A intervenção sobre a doença

visava exclusivamente a recuperação do indivíduo para o trabalho como uma necessidade para a sobrevivência e reprodução do próprio processo de trabalho (MENDES e DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997). Numa avaliação crítica sobre o tema, Henrique Nardi (1997) afirma que o foco central da Medicina do Trabalho era a “saúde” do trabalho e da produção e não a saúde do trabalhador.

Em função da fragilidade dos sistemas de assistência à saúde da população, tanto os provenientes do seguro social, quanto os públicos, os serviços médicos das empresas, ao prestar assistência básica aos trabalhadores e por vezes aos seus familiares, também passavam a ser instrumentos que criavam e mantinham certa dependência do trabalhador às suas contratantes, associado ao fato de que esses serviços médicos eram ferramentas de controle da força de trabalho (MENDES e DIAS, 1991).

Como características da Medicina do Trabalho são citadas as visões eminentemente biológica e individual – próprias da concepção positivista da prática médica, fundamentada numa relação inequívoca, com uma só causa para as doenças e acidentes e restrita ao ambiente de trabalho; na busca da adaptação física e mental dos trabalhadores às suas atribuições; no controle do absenteísmo; no retorno mais rápido ao trabalho; de isolar riscos específicos e atuar sobre as consequências das inadequadas condições a que eram submetidos os trabalhadores (MENDES e DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997; CAVALCANTE, 2008).

## **2.2. A SAÚDE OCUPACIONAL**

Com o advento da Segunda Guerra Mundial (1939 a 1945), os trabalhadores de algumas categorias foram tão penalizados pelo esforço de guerra, quanto os combatentes das frentes das batalhas. Terminado o conflito bélico, seguiu-se um gigantesco trabalho de recuperação econômica e industrial. Operadores de máquinas e equipamentos das indústrias, mineradores, trabalhadores de obras de infraestrutura entre outros, homens, mulheres e crianças, todos submetidos a mutilações e mortes abundantes nessa época e que foram sentidas também pelos empregadores, carentes de mão de obra, e pelas companhias de seguro, envolvidas com pesadas indenizações. A acelerada evolução das indústrias com novos processos industriais, jornadas extenuantes, novos equipamentos, exposição a novos produtos químicos e o rearranjo da divisão internacional do trabalho com o único objetivo de melhorar

a produção, sem a preocupação com os trabalhadores, são características do período (MENDES e DIAS, 1991; CAVALCANTE, 2008).

Com o crescimento dos agravos à saúde dos trabalhadores, caracterizados pelos acidentes fatais ou mutilantes e pelas doenças classificadas como profissionais (por exemplo, a Asbestose, que danificava os pulmões dos mineiros), a Medicina do Trabalho demonstra impotência para intervir sobre os problemas decorrentes dos novos processos de produção (MENDES, 1995).

A necessidade de intervenção sobre as doenças e os ambientes de trabalho gerou a demanda de agregar o conhecimento e a prática de outras profissões, em particular a Engenharia e a Ergonomia, além daquelas relacionadas à Medicina, como a Fisioterapia e a Psicologia.

Nesse contexto, surge a denominada Saúde Ocupacional numa proposta interdisciplinar, através da atuação de equipes multiprofissionais sobre o ambiente e os processos de trabalho. Passa-se à aceitação da teoria multicausal do processo saúde-doença em que os fatores de risco do adoecer e morrer têm igual valor no potencial de agressão ao homem, que é visto como hospedeiro. O coletivo toma força sobre o individual e as ações são fundamentadas nos princípios da Higiene Industrial, da Saúde Ambiental e da Saúde Pública que buscavam atender às demandas surgidas tanto no meio do trabalho, quanto às necessidades da população (MENDES e DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997; CAVALCANTE, 2008). Sob essa ótica, a Saúde Ocupacional contribuiu para a construção da Saúde Ambiental como prática institucional e acadêmica e subsidiou legislações trabalhistas, como o Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) – “Da Segurança e Medicina do Trabalho” – e as Normas Regulamentadoras (NRs): NR 4 (Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho), NR 7 (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) e NR 15 (Atividades e Operações Insalubres) (CAVALCANTE, 2008).

Na Saúde Ocupacional, apesar do exposto, as ações ainda eram centradas na figura do médico, numa concepção positivista e hegemônica, e havia uma tendência para responsabilizar o trabalhador acometido por doença ou acidente, concebidos como decorrentes da ignorância e da negligência (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997), como nos exemplifica Sergio Carneiro:

As doenças, particularmente aquelas desencadeadas ou agravadas pelo trabalho, são comumente tidas como controláveis pelo próprio trabalhador. É como se a doença fosse, de alguma forma, voluntária e reveladora de indivíduo passivo, que tem que se desculpar pelo seu adoecer. Esse tipo de culpabilização estende-se ao acidentado quando se dá a análise do acidente de trabalho pelo método do ato inseguro e da prevenção sustentada em equipamentos individuais (CARNEIRO, 2006, p. 25).

As principais críticas à Saúde Ocupacional são as de que o modelo não atende à solução de boa parte das demandas em saúde do trabalhador. Houve questionamentos aos procedimentos técnicos e éticos das equipes multiprofissionais que atendiam mais à necessidade dos patrões do que dos empregados e também que esses trabalhadores, entendidos como objetos e não sujeitos das ações de saúde, não tinham reconhecimento da sua prática e nem voz ativa sobre as deliberações relacionadas à sua saúde, conforme as novas demandas sociais e políticas que emergiam (CAVALCANTE, 2008).

Sobre o ocaso das práticas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, René Mendes e Elizabeth Dias citam:

Neste processo de questionamento da prática médica e gestão de uma nova prática, alguns pensadores tiveram papel de destaque. Entre eles, Polak com suas ideias radicais, de que “a medicina do modo de produção capitalista é a medicina do capital”; Berlinguer, que trabalhou ativamente a questão da saúde do trabalhador no movimento da Reforma Sanitária italiana; e Foucault, ao dissecar questões nevrálgicas da prática médica, desnudando o poder e o controle, tão bem representados na medicina do trabalho (MENDES e DIAS, 1991, p. 346).

### **2.3. A SAÚDE DO TRABALHADOR**

No final da década de 60 e início da década de 70 do século passado, novas mudanças no cenário social e político foram consequência de profundas mudanças no trabalho. Ocorreram mudanças dos processos de trabalho em nível mundial, conhecidas como terceirização e transnacionalização da economia, e as decorrentes da inserção e rápida evolução da automação e da informatização.

A concepção da Saúde do Trabalhador, inserida no campo da Saúde Coletiva, aparece num momento político e social renovado, revigorado e redirecionado com denúncia de valores obsoletos e sem significado para uma nova geração que buscava a liberdade e um sentido para a vida, o trabalho e o uso do corpo. Nasce como contraponto aos modelos hegemônicos das práticas de intervenção e regulação das relações saúde-trabalho da Medicina do Trabalho,

Engenharia de Segurança e Saúde Ocupacional. Na segunda metade da década de 60 do século passado, em alguns países industrializados do mundo ocidental como Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália, esse movimento social reteroriza o sentido da vida, da liberdade e do trabalho na busca da explicação sobre o adoecer e morrer das pessoas, das representações sociais, da determinação social da doença com crítica à crença da exclusividade individual e biológica das causas do adoecimento, colocando em debate as relações entre trabalho, ciência e ideologia, na possibilidade de consumo de bens e serviços da moderna civilização urbano-industrial. Aparece a preocupação com a “Promoção da Saúde” que busca modificar o comportamento e o estilo de vida por meio de um processo educativo (MENDES e DIAS, 1991; NARDI, 1997; CAVALCANTE, 2008).

A partir da década de 1970, a Saúde do Trabalhador aparece fortalecida no cenário internacional, reflexo das conquistas dos trabalhadores no campo político e social, e tem por fundamento o foco na saúde e bem-estar enquanto indivíduo e coletividade, na adoção do conceito de doença e acidente como consequência de múltiplos fatores e da necessidade de intervenção multiprofissional atuando de forma integrada, com responsabilidade compartilhada e valorizando ações de prevenção de doenças e acidentes, a promoção à saúde e o direito pleno à cidadania (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997; MENDES e DIAS, 1991).

A busca pela saúde é priorizada em detrimento da intervenção sobre a doença; o trabalhador reivindica ser considerado sujeito ativo no processo de trabalho e não mais objeto dele. A confiança no Estado é abalada e se coloca em xeque o lado “sagrado e místico” do trabalho, cultivado pelo pensamento cristão e necessário à sociedade capitalista. Os movimentos sindicais obtêm vitórias como a desvinculação do Estado da vigilância da saúde, a crítica à cultura da indenização financeira (“monetarização”) 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. Os trabalhadores adquirem o direito ao acesso às informações sobre os dados relacionados à sua atividade, o direito à recusa ao trabalho em condições de risco grave e o direito de consulta e participação nas escolhas de novos equipamentos e processos de trabalho (MENDES e DIAS, 1991).

Como consequência, a nova política social leva a significativas alterações na legislação do trabalho, em especial nos aspectos de saúde e segurança do trabalhador

(MENDES e DIAS, 1991; NARDI, 1997). Em nosso país, os reflexos mais recentes da evolução desse quadro aparecem na Carta Magna de 1988, como se encontra no caderno de legislação do Ministério da Saúde de 2005:

[A Constituição Federal de 1988] [...] É de fundamental importância para a saúde, dada seu conteúdo eminentemente humanista, sendo a primeira constituição brasileira a referir-se “explicitamente à saúde como integrante do interesse público fundante do pacto social” (DALLARI, 1995), ao declarar, em seu artigo 196, que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, direito esse a ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II - Da Seguridade Social, Seção II - Da Saúde) (BRASIL, 1989 [sic]).

Antes, no Título II - Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Capítulo II - Dos Direitos Sociais, em seu artigo 6º, já havia estabelecido que “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. O direito à saúde aparece, portanto, pela primeira vez numa constituição brasileira, como direito positivado, direito individual e direito coletivo (BRASIL, 2005, p. 15).

O momento culminante de mobilização popular pela saúde do trabalhador no Brasil se dá na Oitava Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) e na Primeira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (I CNST), ambas no ano de 1986. Nelas, o debate das questões sintetizadas no temário central – Saúde como Direito, Reformulação do Sistema de Saúde e Financiamento do Setor – propiciou um avanço significativo no rumo de uma nova Política Nacional de Saúde. Evidenciou, ainda, que as transformações necessárias não se restringem às reformas administrativa e financeira, exigindo a vontade política do Estado e a determinação da Sociedade Civil, no sentido de promover a inadiável Reforma Sanitária e viabilizar a proposta “saúde como direito do cidadão e dever do Estado” (BRASIL, I CNST – Relatório Final). Ambas as Conferências tiveram relevante influência sobre a Assembleia Constituinte e a Carta Magna brasileira promulgada em 1988 (PAULUS e CORDONI JÚNIOR, 2006).

A afirmação desse movimento, dentro do campo institucional, acontece na Nona Conferência Nacional de Saúde (IX CNS) e na Segunda Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1994 (II CNST), cujo tema central foi “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador” e constituiu o primeiro momento, desde a inserção da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, em que os trabalhadores e suas entidades representativas discutiram e participaram efetivamente da elaboração de uma proposta dessa

política. Dentre as propostas aprovadas no plenário, destacou-se a de unificação de todas as ações de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde, por seu caráter abrangente e pela magnitude do impacto que causaria na reestruturação dos setores saúde, trabalho e previdência, e na definição de uma política nacional para a segurança e saúde no trabalho. A inclusão das ações de saúde do trabalhador como responsabilidade do SUS constituiu uma das maiores vitórias da classe trabalhadora no processo constituinte, e foi referendada nesse evento (BRASIL, II CNST – Relatório Final). Dessa forma, consolidou-se como conceito dentro dos textos legais da Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080 de 1990 – que incorpora a saúde do trabalhador no âmbito do SUS de forma descentralizada, preconizando a passagem progressiva de responsabilidades aos estados e aos municípios da federação, e que universalizada, inclui os trabalhadores formais, informais e servidores públicos (MENDES e DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997; NARDI, 1997; OLIVEIRA e VASCONCELLOS, 2000; PAULUS e CORDONI JÚNIOR, 2006).

Como conseqüente de movimentos políticos e sociais, o campo da saúde do trabalhador também é marcado por resistência, conquistas e limitações e segue com avanços e recuos, especialmente pelo contexto de um mundo globalizado, sujeito a alterações rápidas e profundas das relações de trabalho (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

Apesar dos avanços significativos que levam a novas práticas para a relação trabalho-saúde, entendidas como Saúde do Trabalhador, ainda encontram-se com ações inerentes da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Aponta-se como uma das causas o distanciamento entre a produção e aplicação do conhecimento em que “a busca de soluções quase sempre se confronta com interesses econômicos arraigados e imediatistas, que não contemplam os investimentos indispensáveis à garantia da dignidade e da vida no trabalho.” (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997, p. 23).

No entanto, há de se considerar o esforço que profissionais da área de saúde, com a importante colaboração de outros ramos da ciência, pesquisadores de instituições de ensino e outros trabalhadores, vêm empreendendo para apontar uma saída para uma transição necessária nas ciências da saúde desde o final do século passado, como a que ocorre com a Saúde do Trabalhador. Os cânones clássicos do conhecimento, antes fragmentados no modo de ver e estudar o mundo, necessitam de uma nova abordagem que consiga reuni-los e articulá-los, colocando-os a serviço da humanidade (MENDES e DIAS, 1991).

## CAPÍTULO II

### O TRABALHO EM EQUIPES DE SAÚDE

#### 3.1. CONCEITOS

O campo da Saúde Coletiva, em que está inserida a Saúde do Trabalhador, é fundamentalmente multidisciplinar e admite no seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sendo o biológico de fundamental importância no campo da saúde, mas que não deve implicar em posição hegemônica, hierárquica ou valorativa entre eles (BIRMAN, 2005).

O parágrafo anterior resume diversos conceitos que serão abordados adiante, neste capítulo, e que são importantes para o entendimento do modo de trabalhar em equipe multiprofissional no campo da Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva aparece com conceitos diversos daqueles da Saúde Pública. Apesar de haver confusão entre elas em diversas publicações, as diferenças entre esses dois conceitos é que fundamentam o processo de trabalho de equipes multiprofissionais.

Diversos autores concordam que foi a partir do início do século XIX que ocorreram as grandes mudanças culturais, sociais e políticas em relação ao trabalho e que elas foram consequência da chamada Revolução Industrial (MENDES e DIAS, 1991; NUNES, 1989 *apud* MENDES, 1995, p.9; MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997; BIRMAN, 2005; SAUPE, 2005; CAVALCANTE, 2008), o que foi melhor detalhado no Capítulo I.

Numa sociedade industrial emergente do final do século XVIII e início do século XIX, com precárias condições sanitárias levando a epidemias, a saúde dos indivíduos passa a incluir necessariamente as condições coletivas, não sendo mais possível conceber a existência da saúde dos sujeitos na exterioridade das condições sanitárias do espaço social (BIRMAN, 2005).

Nessa época, a Saúde Pública, preocupada com o indivíduo e com o coletivo, toma força pelo enfoque biomédico que é alavancado pelo avanço de novas descobertas, e busca a explicação para as doenças numa única causalidade. A produção de saúde é centrada nos procedimentos e na doença e não no usuário. A concentração do poder de decisão está na figura do médico e os demais profissionais atuam de forma periférica com desigual valoração dos seus saberes. O desenvolvimento científico acelerado, a partir de então, leva à proliferação e fragmentação do conhecimento com as especializações em campos cada vez

mais estreitados e à divisão do trabalho intelectual, com tendência ao aprofundamento vertical do conhecimento e da intervenção em saúde por meio de ações individualizadas, sem contemplar a articulação das ações e dos saberes, perdendo assim qualquer medida que relativizasse seus dispositivos e que permitisse considerar a especificidade social das comunidades (PEDUZZI, 2001; BIRMAN, 2005; MEIRELLES e ERDMANN, 2005; SAUPE, 2005; PINHO, 2006; CARDOSO e HENNINGTON, 2011).

Mais acentuadamente, a partir da segunda metade do século XX, a incorporação de várias tecnologias de informática e automação tornou a medicina resolutiva para um grande número de doenças, para as quais, anteriormente, poucos resultados positivos se poderiam obter. Uma das importantes repercussões ocorre no ensino médico com a necessidade de atualização permanente nos conteúdos do aprendizado e na formação dos profissionais. Fundamentos e conceitos anteriores de uma medicina baseada na relação médico-paciente, na escuta dos problemas, no humanismo e na consideração da unidade indissolúvel do corpo e mente foram muitas vezes deixados de lado junto com as necessidades das populações, com o argumento da eficácia dos resultados obtidos, fossem eles em termos de diagnóstico ou de terapêutica clínica ou cirúrgica (AMORETTI, 2005).

Em outro sentido, a Saúde Coletiva postula que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina como um monopólio. A partir da década de 1920, o aporte de outros conhecimentos, em especial das Ciências Humanas e Sociais, começou a introduzir nas diversas sociedades a ética e a política, o corpo simbólico, as representações da vida e da morte, do normal e do anormal e já não reconhecendo o corpo apenas como representação de uma máquina anatômica e funcional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos, mas também com valores e diferenças no plano do simbolismo (BIRMAN, 2005; MEIRELLES e ERDMANN, 2005).

A aplicação dos novos conceitos no campo da saúde altera significativamente a gestão política das práticas sanitárias. No lugar do público, emerge o significante coletivo. O Estado, que era visto como espaço hegemônico para a regulação da vida e da morte na sociedade, passa a dividir a gestão do poder e dos valores com o instituinte da vida social, nos seus vários planos e instituições (BIRMAN, 2005).

Ao superar essa noção de saúde como atribuição exclusiva do Estado e dos profissionais tradicionalmente inseridos nesse campo, ela passa para o contexto das políticas sociais, com participação popular no processo das decisões e controle das condições de saúde

do indivíduo e da coletividade. Nessa visão, as diversas dimensões e intervenções em saúde, sejam elas social, psicológica, biológica ou cultural, associadas ao intenso processo de especialização do trabalho e dos diferentes campos do conhecimento e à incorporação de novas tecnologias, impossibilita que um saber isolado atenda a totalidade das ações demandadas e necessárias (SCHRAIBER, 1999; MEIRELLES e ERDMANN, 2005; SAUPE, 2005, CARDOSO e HENNINGTON, 2011).

Para atender essa demanda da integralidade de atenção à saúde, torna-se necessária a construção de projetos intelectuais com base numa perspectiva ética e política que reconheçam a complexidade crescente do objeto das ciências da saúde, guiem as práticas em saúde na direção da humanização, por meio de ações resolutivas que deem conta das demandas de saúde nas dimensões biológicas, subjetivas e socioculturais. Para tal finalidade, há necessidade da construção de um processo de corresponsabilização entre profissionais, usuários e gestores na definição e realização da atenção à saúde, em que se incluem a gestão e o controle social. (SAUPE, 2005; SCHERER, PIRES e SCHWARTZ, 2009; CARDOSO e HENNINGTON, 2011). Com essas diretrizes, buscaram-se novas soluções que ampliassem as possibilidades da saúde pública e de outras referências para as práticas integrais em saúde, como a Conferência Internacional de Alma-Ata, ocorrida no Cazaquistão em 1978, em que foi promulgada a diretriz “saúde para todos”, juntamente com a proposição da atenção primária em saúde como estratégia para atingir tal objetivo mundialmente. As abordagens e práticas multiprofissionais e interdisciplinares foram reconhecidas como o único caminho para a integralidade da assistência e o adequado cuidado às pessoas em suas múltiplas necessidades (AMORETTI, 2005).

A busca pela qualidade do atendimento em saúde no Brasil, iniciado na década de 70 e com auge na década de 90 do século passado, segundo Márcia Pinho, deveu-se, em parte:

[...] pela introdução da integralidade da assistência, na década de 90, “entendida como um princípio articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Lei 8080/90), sendo um fator responsável por alterar as configurações das interações profissionais. Com isso, um grande destaque foi concedido ao trabalho em equipe multidisciplinar, porque os profissionais de saúde foram levados a reconhecer a necessidade de diferentes contribuições profissionais no cuidado ao paciente de maneira eficiente e eficaz (PINHO, 2006, p. 69).

Ao fomentar movimentos de lateralidade e transversalidade entre sujeitos, caracterizados pelo reconhecimento e respeito ao saber de cada profissão e a intersecção desses saberes, espera-se modificar o padrão de gestão e melhorar os processos de comunicação, fazendo circular saberes e poderes. É nesse sentido que a Política Nacional de Humanização preconiza o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade, o apoio à construção de redes cooperativas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, de sujeitos e coletivos, na construção de autonomia e protagonismo desses sujeitos e, conseqüentemente, na sua corresponsabilidade nos processos de gestão e atenção (BRASIL, 2004).

Na sua publicação de 2009, Magda Scherer chama a atenção sobre o conceito de gestão e da participação dos trabalhadores, do ponto de vista da Ergologia:

A gestão, na perspectiva da ergologia, é um fenômeno universal que ultrapassa a dimensão macro-política e a prescrição de atividades e tarefas. Envolve escolhas, arbitragens, hierarquização de atos e objetivos, além de envolver valores que orientam a tomada de decisões pelos trabalhadores no cotidiano (SCHERER, PIRES e SCHWARTZ, 2009, p. 722).

A Ergologia acrescenta que, no exercício das atividades cotidianas, os trabalhadores fazem a gestão de si mesmos e de sua relação com os outros participantes de coletivos de trabalho (SCHERER, PIRES e SCHWARTZ, 2009).

Os novos modelos de gestão também fazem parte da viabilidade do trabalho integrado das equipes em saúde. O aumento da demanda pelos serviços de atenção à saúde, tendo em vista o envelhecimento da população, o aumento das doenças crônicas e o aumento das exigências em relação à produção e eficiência no trabalho, levam à busca por gestões com maior racionalização de recursos, redução da duplicação de ações e despesas e o compartilhamento de responsabilidades (PEDUZZI, 2007; BRASIL, 2004).

Estudos recentes reforçam o conceito de maior efetividade nas ações relacionadas à saúde humana quando é aplicada a estratégia de interação entre as diversas áreas do conhecimento, por meio de equipes multiprofissionais (GOLDIM e FRANCISCONI, 1995; ALMEIDA FILHO, 1997; MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997; PEDUZZI, 2001; ASSUNÇÃO, 2003; ABUHAB, 2005; MEIRELLES e ERDMANN, 2005; SAUPE, 2005; VELLOSO, 2005; CARNEIRO, 2006; ANDRADE, 2009; LUCAS, 2010; CARDOSO e HENNINGTON, 2011).

No texto de Marlene Novaes, da coletânea “Teorias e Pesquisas em Ciências Sociais”, são encontradas considerações esclarecedoras sobre o tema:

A própria natureza do objeto de estudo, saúde, solicita a abordagem solidária e interdisciplinar. A defesa da horizontalidade de relações entre as diferentes categorias profissionais que integram a área de saúde e a crítica ao encastelamento disciplinar são frequentes na Saúde Coletiva. Hoje um cientista social que busque pós-graduar em Saúde Coletiva é recebido com entusiasmo, o mesmo vale para os demais profissionais que tratam da ou se abrem para a saúde (NOVAES, 2010, p. 314).

Nesse processo de atenção integral à saúde, a crítica não aponta para a evolução das disciplinas e das profissões, consequência principalmente das crescentes especializações, mas sim para a falta de articulação e de comunicação integrada entre elas na busca do aperfeiçoamento da atenção. Em publicação de 2001, Marina Peduzzi afirma que:

O trabalho em equipe não pressupõe abolir as especialidades, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área da atuação, bem como maior produção. Os profissionais realizam intervenções próprias, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos como recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e outros (PEDUZZI, 2001, p. 108).

A reunião de profissionais de saúde para uma determinada tarefa, não necessariamente constitui trabalho em equipe quando expressa o mero agrupamento de profissionais. Muitas vezes, o trabalho em equipe revela-se por meio de práticas integradas, baseadas no encontro de distintos sujeitos com diferentes histórias, formações e experiências, numa aproximação da perspectiva interdisciplinar de construção de um novo saber (PEDUZZI, 2007; CARDOSO e HENNINGTON, 2011).

Para Marina Peduzzi, em seus trabalhos sobre tipologia do trabalho de equipe, uma equipe de saúde pode ser classificada em dois tipos. No primeiro tipo, denominada equipe agrupamento, existe o agrupamento dos agentes, a fragmentação e justaposição das ações. Essa forma de trabalho coletivo, apesar de manter as relações hierárquicas do modelo biomédico, com diferentes graus de subordinação, mas com flexibilidade na divisão do trabalho e certo grau de interdependência, ainda é frequente na atualidade. No segundo tipo, denominada equipe integração, ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes, e é nessa forma de atuação que o trabalho em equipe de saúde toma sentido e forma na Saúde

Coletiva (PEDUZZI, 2001, 2007). A forma de organizar e a dinâmica da reunião permitem entender se o serviço tende a ser transformador e prioriza a troca e a decisão da equipe em relação às intervenções, ou se é tradicional e submetido ao modelo médico hegemônico (CARDOSO e HENNINGTON, 2011).

A interação dos agentes e a articulação das ações, importantes na atenção integral à saúde, ocorre quando as equipes multiprofissionais atuam dentro da interdisciplinaridade, que é considerada um dos conceitos nucleares para consolidação das políticas públicas na área da saúde. Rosita Saupe, utilizando as aproximações modificadas de Japiassú do ano de 1976, conceitua e diferencia interdisciplinaridade com outras terminologias, muitas vezes confundidas ou usadas como sinônimos: transdisciplinaridade, multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade. O termo multidisciplinaridade indica uma execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação entre elas. Na pluridisciplinaridade haveria um núcleo comum, já aparecendo uma relação, com certo grau de colaboração, sem uma ordenação, mas com um tangenciamento entre as disciplinas. A interdisciplinaridade é caracterizada como a possibilidade do trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas e a transdisciplinaridade é tida como o trabalho coletivo que compartilha estruturas conceituais das várias disciplinas para construir teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns, sendo que neste caso a disciplina em si perde seu sentido e não há limites precisos nas identidades disciplinares (SAUPE, 2005).

O trabalho de equipe multiprofissional em saúde, quando atua de modo interdisciplinar, não é uma atividade automática ou consequência natural de capacidade técnica ou profissional individual, mas sim uma qualidade a ser desenvolvida do ponto de vista coletivo. Percebe-se um entrecruzamento de normas antecedentes e tentativas de renormalização por variáveis singulares, impossíveis de antecipar por serem feitas por indivíduos ou grupos igualmente singulares, numa relação com o meio, no qual ocorre um debate permanente de valores, resultando em escolhas feitas por esses indivíduos e grupos. A atuação interdisciplinar das equipes de saúde implica na construção de conhecimento específico, com aquisição de competências, uma prática de interação entre as diversas disciplinas, articulação dos conhecimentos, num constante ir e vir, construir, desconstruir e reconstruir, reflexão-ação-reflexão para resolução dos problemas ou alcance dos objetivos e a ampliação das fronteiras disciplinares em que todos devem sair enriquecidos (MEIRELLES E

ERDMANN, 2005; SCHERER, PIRES e SCHWARTZ, 2009; LUCAS 2010). Do ponto de vista ergológico, nenhuma atividade é a simples execução ou só repetição de sequências de operações previstas e antecipadas por outros. Toda atividade é sempre ressingularização ou renormalização parcial em torno de si (SCHWARTZ, 2003; SCHWARTZ, DUC E DURRIVE, 2007).

As equipes representam, além de relações de trabalho, relações de saberes, poderes e, principalmente, relações interpessoais. As dificuldades de gestão do trabalho coletivo em saúde, comumente encontradas nas publicações sobre o assunto, se referem a alguns importantes aspectos: à relação entre sujeitos individuais e coletivos pela falta de intra e intercomunicação adequada entre os membros da equipe, os saberes estabelecidos e as inovações das instituições de ensino e pesquisa; à tradição positivista e biocêntrica no histórico e no exercício das profissões de saúde; ao encastelamento disciplinar que propicia a disputa pelos espaços de poder; à complexidade do jogo político e econômico que delimita o cenário das situações de trabalho e às dificuldades na operacionalização de conceitos, de métodos e práticas entre disciplinas (SCHERER, PIRES e SCHWARTZ, 2009; LUCAS, 2010; CARDOSO e HENNINGTON, 2011).

O reconhecimento das dificuldades pela equipe pode resultar no fortalecimento ou no enfraquecimento do grupo, conforme o modo que se eleja para administrá-las. Elas podem resultar positivamente no encorajamento a mudanças, estimular o interesse e a cooperação dos membros e esclarecer o objetivo do grupo. Em contrapartida, se não adequadamente administradas, podem enfraquecer ou destruir o grupo por meio de ataques pessoais, gerar raiva ou acirrar uma competição pouco produtiva entre os seus membros. O ambiente de trabalho da equipe multiprofissional é propício a conflitos entre atores com diversos interesses, nem sempre convergentes, o que demanda um processo de negociação permanente, buscando-se romper com a tradicional normatização e prescrição do aparato burocrático de gestão verticalizada e hierarquizada e promover o agir concreto da experiência cotidiana de produzir saúde. Segundo alguns estudiosos, é importante reconhecer o conflito como necessário e desejável para proporcionar o desenvolvimento e o crescimento da equipe, mas é igualmente importante reconhecer as barreiras existentes para se lidar com isso, que podem estar expressas ou implícitas na idealização conceitual de união, numa tradição de obediência à autoridade e na má compreensão sobre papéis, competências e responsabilidades dos demais

membros da equipe (PINHO, 2006; SCHERER, PIRES e SCHWARTZ, 2009; LUCAS, 2010; CARDOSO e HENNINGTON, 2011).

Outro fator de dificuldade que vem sendo citado, é que o setor de saúde no Brasil tem buscado propostas inovadoras quanto aos seus modelos de assistência e de gestão a partir dos princípios democratizantes da descentralização, da construção horizontalizada com responsabilidade compartilhada entre os gestores, trabalhadores da saúde e os usuários. No entanto, os serviços de saúde vêm enfrentando uma crise de governabilidade, de eficiência e resolutividade, apesar dos avanços conseguidos. O dilema que envolve as organizações é o de possibilitar a construção de uma identidade coletiva, a exemplo das equipes multiprofissionais, e ao mesmo tempo, o exercício da autonomia dos sujeitos (AZEVEDO, 2002; RIBEIRO e MANCEBO, 2013).

Embora haja muitos modelos conceituais demonstrando a importância do trabalho das equipes multiprofissionais em saúde, existe ainda muita indefinição em torno dos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para concretizá-lo no cotidiano dos serviços (PINHO, 2006).

Pesquisadores como Rosita Saupe, têm procurado melhor entender o trabalho interdisciplinar em saúde ao desdobrar as competências necessárias para esse tipo de atividade. Em seu estudo de 2005, a autora e seus colaboradores entendem que a competência “conhecimento” entendido como o “saber”, contido no domínio cognitivo das ações, poderia ser desdobrada em “teoria geral” (histórico e conceitos de pluri, multi, trans e interdisciplinaridade), “políticas para recursos humanos” e “diretrizes curriculares”. A competência “habilidades”, entendida como o “saber fazer”, do domínio psicomotor, poderia ser desdobrada em “trabalho em equipe”, “comunicação”, “identificação coletiva de problemas” e “resolução coletiva”. Por último, a competência “atitudes”, entendida como “saber ser e conviver”, do domínio afetivo, seria desdobrável em “pluralidade de visão”, “flexibilidade”, “tolerância” e “saber ouvir e falar” (SAUPE, 2005), o que nos leva a refletir sobre a complexidade do trabalho em equipe de saúde.

Segundo diversos autores, para que o trabalho em equipe seja bem sucedido, é fundamental que exista uma adequada comunicação interdisciplinar, através de uma postura de abertura, confiança e cooperação que se sedimentam com o tempo. Uma boa comunicação interpessoal é chave importante para os relacionamentos entre pessoas e equipes. “Sem dúvida é preciso comunicar, a sociedade é informacional, dá-se muita importância ao trabalho em

equipe. E quem diz trabalho em equipe, provavelmente diz apelo à comunicação” (SCHWARTZ, DUC e DURRIVE, 2010b, p. 132). Para que tal aconteça, é necessário que haja certa estabilidade, conhecimento da organização e o reconhecimento das competências e autonomia dos vários grupos profissionais. Exige-se o entendimento das atribuições e práticas dos demais profissionais e o reconhecimento de que o conhecimento do outro é útil e indispensável. Pauta-se em relações de legitimação do outro, o que torna possível perceber suas qualidades, competências e desejos, assim como seus defeitos. A cooperação é fruto da busca do trabalhador pela qualidade do trabalho como uma condição para ter prazer na atividade laboral, saúde mental e construção da sua identidade singular (SCHERER, PIRES e SCHWARTZ, 2009; LUCAS, 2010; CARDOSO e HENNINGTON, 2011; PIMENTA, DE LIMA e DERGINT, 2005).

O conceito de equipe, compreendido na maioria das vezes como algo estável, é limitado porque o coletivo se reconstitui conforme a necessidade do trabalho. Schwartz considera que nenhuma atividade humana pode ser totalmente padronizada e controlada e os coletivos de trabalho se transformam, acompanhando as mudanças sociais, culturais, econômicas, tecnológicas, entre outras, atualizando permanentemente o debate acerca do trabalho e da utilização da força coletiva. A atividade compreende tudo aquilo que deve ser ajustado, rearranjado, inventado pelos trabalhadores e, por isso, o trabalho é sempre variável e imprevisto, de alguma forma infiel, e são os trabalhadores que devem dar conta dessa infidelidade através da mobilização de suas capacidades e escolhas, o que faz com que o mesmo seja mais do que uma mera execução, mas no “uso de si por si mesmo” como protagonista das ações (SCHWARTZ, 2000 apud CARDOSO e HENNINGTON, 2011; SCHERER, PIRES e SCHWARTZ, 2009).

Assim, torna-se problemático estabelecer as competências apropriadas para um trabalho em que o objeto é de grande complexidade e o processo de cuidar envolve um encontro sempre singular entre sujeitos, o que também torna difícil padronizar as situações. Apesar das várias tentativas de estabelecer protocolos e regras comuns na área da saúde, não é possível alcançar a total padronização das práticas num campo em que o cotidiano exige que os trabalhadores frequentemente arbitrem e façam escolhas diante das diversas situações e assim vão construindo novas realidades com transgressões e rupturas do que está prescrito (SCHERER, PIRES e SCHWARTZ, 2009; CARDOSO e HENNINGTON, 2011).

Os trabalhadores de saúde são sujeitos de processos de trabalho que os aproximam ou afastam da crença de que é possível um novo projeto de atenção à saúde que tenha como referência a integralidade. E para um novo projeto, é preciso tornar-se protagonista das mudanças que se fazem necessárias (SCHERER, PIRES e SCHWARTZ, 2009, CARDOSO e HENNINGTON, 2011).

Para as pesquisadoras Mori e Oliveira, ao tratar dos coletivos na gestão na PNH, “Não há como cuidar da saúde sem considerar as formas de organização adotadas pelos trabalhadores, para lidar com demandas do cotidiano no trabalho e estratégias de enfrentamento às experiências de dor e sofrimento nos serviços de saúde” (MORI e OLIVEIRA, 2009, p. 636).

Para humanizar a atenção, é preciso que haja um modelo de gestão que se pautar nas decisões coletivas e na democratização das relações de trabalho, inclusive criando espaços coletivos de discussão que permitam o envolvimento dos trabalhadores nas decisões sobre seus processos de trabalho, entendendo que atenção e gestão são indissociáveis e que, ao fomentar o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e dos coletivos, capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo, as ações de gestão e atenção serão mais efetivas (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008).

Segundo Cintia Cardoso e Élide Hennington, a possibilidade de mudança das práticas de saúde encontra potencial nos próprios trabalhadores e em suas escolhas na atividade diante das demandas e necessidades dos usuários. Essas transformações não são isentas de esforço ou conflitos e envolvem escolhas quanto ao tipo de relações interprofissionais que se deseja construir e à postura ético-política que se pretende adotar nessas práticas (CARDOSO e HENNINGTON, 2011).

Apesar das características e peculiaridades do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em equipes de saúde citadas, são poucos os autores que fazem menção se devem existir, ou como devem ser tratadas a supervisão, a hierarquia ou a liderança na equipe (AZEVEDO, 2002; PINHO, 2006; QUEIROZ, 2009). A própria legislação relacionada à saúde e segurança do trabalhador, abordada no Capítulo III deste trabalho, é omissa em relação a essa questão.

Em publicação de 2006, a pesquisadora Márcia Pinho cita Sternas e colaboradores (1999), que discorrendo sobre o modelo de prática colaborativa em equipe, dizem que:

A verdadeira prática colaborativa não é hierárquica, pressupondo que a contribuição de cada participante está baseada no conhecimento [...] necessário para o desenvolvimento da confiança, já que conhecimento e confiança removem a necessidade de supervisão (PINHO, 2006, p. 74).

As pesquisadoras Maria Albertina e Maria Amélia entendem a liderança como indispensável para o trabalho em equipe de saúde e que as organizações seriam responsáveis pelo desenvolvimento dos seus líderes. Citam características de uma boa liderança como a “visão, a capacidade em motivar os outros no sentido de uma meta partilhada, de ter pensamento criativo e flexível, transmitindo e inspirando confiança e preparado para mudar com os tempos em mudança”. Para as autoras, líderes seriam “aqueles que toleram a ambiguidade e o paradoxo ao mesmo tempo, mantendo um enfoque claro no objetivo e criando espaços positivos para todos participarem” (CANASTRA e FERREIRA, 2012, p. 78).

O inciso IV do artigo 4º da Resolução nº 3 de 2001, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, que instituiu diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem, define:

Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (BRASIL, 2001, p. 2-3).

Em publicação de 2002, Creuza Azevedo, busca apresentar algumas questões sobre a compreensão do exercício da liderança em organizações públicas de saúde, advindas das relações entre intersubjetividade e processos organizacionais e grupais, a partir da perspectiva da psicossociologia francesa que tem por referência central os aportes da psicanálise. Considera que a compreensão das características das organizações de saúde, como processo de trabalho, dinâmica e estrutura de funcionamento, seria fundamental para o debate sobre as possibilidades da liderança nesse contexto e conclui que:

Embora exista um reconhecimento, do ponto de vista teórico, da importância da liderança nos processos de mudança, cabe examinar seu papel e suas características nas circunstâncias sociais, políticas e administrativas brasileiras. Que tipo de liderança é necessário em nosso contexto? Quais as relações entre estilo/tipo de liderança e modelo de gestão? Quais as possibilidades para o exercício da liderança em um contexto de baixa autonomia? É possível minimizar a figura do líder e apostar na maior distribuição da liderança? Uma gestão mobilizadora em organizações públicas de saúde, e particularmente em hospitais, pode se desenvolver sem a figura do líder para conduzi-la? Talvez o exame da liderança em nossas

organizações públicas de saúde deva explorar a hipótese de convivência de lideranças de grupo, como fenômeno disperso, com a presença do dirigente/líder representando a possibilidade de condução democrática, permitindo a identificação, cooperação e algum nível de coesão dos seus membros (AZEVEDO, 2002, p. 360).

Diante do apresentado, este capítulo buscou revisar os conceitos sobre trabalho em equipe multiprofissional de saúde, na sua origem, a sua inserção no campo da Saúde do Trabalhador e da Saúde Coletiva, as características, as dificuldades a serem entendidas como desafios e as vantagens a serem obtidas em prol dos membros da equipe, das instituições e, principalmente, do usuário como foco das ações desse modo de trabalho.

### **3.2. O TRABALHO EM EQUIPE NA PERSPECTIVA DA ERGOLOGIA**

No início dos anos 1980 a perspectiva ergológica aparece na França, a partir do encontro entre o filósofo Yves Schwartz da Universidade de Provença, orientador de uma equipe de pesquisa sobre o trabalho, e Louis Durrive, diretor pedagógico de um centro de formação e inserção profissional para jovens delinquentes da região da Alsace, denominado Atelier. A reunião de uma equipe universitária com um grupo de trabalhadores, com as mesmas preocupações sobre o tema, iniciou um processo que culminaria com a formação, em 1983, da APST (Análise Pluridisciplinar de Situações de Trabalho) e posteriormente, em 1999, do Departamento de Ergologia da referida universidade francesa. O elemento dinâmico de convergência dessas cooperações pluridisciplinares e pluriprofissionais foi o conceito de atividade humana (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010).

Em entrevista concedida ao pesquisador Moacir Viegas, o filósofo esclarece a relação entre a Ergologia e a atividade humana:

A ergologia, se quisermos explicar de forma simples, é o estudo da atividade, porque a ergologia vem de um termo, de uma palavra grega (*ergasesthai*) que quer dizer *o fazer em geral*. A ergologia significa o estudo da atividade humana, o tomar em conta a atividade humana. Tudo tem de ser pensado, tem que ser visto como consequência de certa abordagem da atividade humana (VIEGAS, 2013, p. 327).

À época do início da Ergologia, os contextos social e político eram de questionamento do modelo taylorista-fordista de organização do trabalho e gestão da produção. Esse modelo buscava simplificar a atividade humana, antecipá-la totalmente, uma vez que era modelada previamente pela padronização rígida de procedimentos no trabalho, cabendo ao operário simplesmente a execução das tarefas de modo mecânico e impessoal. Na busca por novas

estratégias de racionalização do trabalho, pesquisadores de vários campos do saber como a Filosofia, a Linguística, a Sociologia, a Ergonomia e a Economia associaram-se aos trabalhadores (SCHWARTZ, 2000; SCHWARTZ e DURRIVE, 2010; VIEGAS, 2013). O movimento social que ocorria em alguns países industrializados do mundo ocidental como Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália, buscava um novo sentido para a vida, a liberdade e o trabalho e colocava em debate as relações entre trabalho, ciência e ideologia, na reivindicação para considerar o trabalhador como sujeito e não como objeto do seu trabalho (MENDES e DIAS, 1991; NARDI, 1997; CAVALCANTE, 2008).

A perspectiva ergológica não é apresentada como uma nova disciplina, mas como “um modo de encaminhamento inovador para abordar a atividade humana” (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010, p. 19), e “conforma o projeto de melhor conhecer e, sobretudo, melhor intervir sobre as situações de trabalho, para transformá-las” (SCHWARTZ, DUC e DURRIVE, 2010a, p. 25).

A Ergologia propõe confrontar as experiências da atividade nas situações reais de trabalho, o que aproxima a Ergologia da Ergonomia, da qual o filósofo Yves Schwartz retirou inspiração. Está alicerçada em conceitos academicamente estabelecidos, porém considerados provisórios, enquanto sujeitos a constantes mudanças, e imperfeitos, enquanto passíveis de continuada evolução, mas indispensáveis para compreender e possibilitar a transformação positiva da vida e do trabalho pelas próprias pessoas. A Ergologia busca ocupar um lugar relevante na vida e na saúde dos humanos, para que o trabalho não seja uma simples prestação remunerada de serviço (ZAMBRONI-DE-SOUZA E SOUZA, 2008).

A perspectiva ergológica de Schwartz “é inicialmente uma tentativa de compreender o vai e vem do microscópico da atividade ao macroscópico da vida social” (SCHWARTZ, DUC e DURRIVE, 2010d, pg. 262) “[...] a partir do momento em que ela aponta o fato de que toda atividade de trabalho encontra escolhas, debate de normas e logo encontro de valores” (SCHWARTZ, DUC e DURRIVE, 2010a, p. 33). Parte do princípio de que nenhuma atividade humana é somente execução ou uma reprodução de operações previstas e antecipadas por outros. Assim, toda atividade inclui uma ressingularização, uma renormatização parcial realizada pelo trabalhador e gera um desconforto intelectual, decorrente da aprendizagem permanente pelos debates de normas e de valores, e que renovam constantemente a atividade. Para o desenvolvimento dessa atividade são necessárias as chamadas normas antecedentes que compreendem os conhecimentos adquiridos, os sistemas

produtivos, as tecnologias, as formas de organização, os procedimentos e as relações sociais. Esse conjunto de normas é sedimentado na rigidez e na exaustão das prescrições do trabalho. O trabalho, no entanto, é sempre variável e imprevisível e são os trabalhadores que devem dar conta disso, através da mobilização de suas capacidades e escolhas para viver com saúde (DURRIVE, 2011).

Dessa forma, o trabalho passa a ser mais do que uma mera execução pelo “uso de si pelos outros” (SCHWARTZ, DUC e DURRIVE, 2010c, p. 194), quando se utiliza das normas antecedentes e se projeta no coletivo, mas também o “uso de si por si mesmo” (p. 195), quando faz referência à autonomia e ao protagonismo pelas arbitragens feitas no vazio de normas. Para compreender a complexidade da atividade, a perspectiva ergológica se interessa pelo trabalho real, pelo vivido em situação de trabalho. Para o filósofo, o trabalho real, diferente do trabalho prescrito, é “uma dramática do uso de si” (p. 191) enquanto acontece sempre na singularidade e é entendido como um problema, um debate constante que propõe indagações ao ambiente e interroga o meio, mas ao mesmo tempo deixa em suspenso muitas possibilidades como uma reserva de alternativas (DURRIVE, 2011; SCHWARTZ, 2003).

Para Louis Durrive, o protagonismo vem da necessidade da tomada de decisão, pois:

O debate de normas não pode, entretanto, ficar muito tempo em suspenso. É necessário decidir, arbitrar em um dado momento. Com efeito, agir nos obriga a escolher: impossível passar aos atos mantendo duas hipóteses. É necessário adotar uma só maneira de fazer qualquer coisa e vem daí o posicionamento singular de agir. Cada um tende a renormalizar, a fazer sua a norma que antecipa e ajusta seu agir, a fim de se manter – mesmo que seja pouco – na origem do “uso de si”, mesmo se conformando com a demanda que lhe é posta (DURRIVE, 2011, p. 49).

Do ponto de vista da Ergologia, além da apreensão das dimensões históricas do trabalho (normas antecedentes) e da resingularização realizada pelo trabalhador no debate dessas normas, para toda atividade de trabalho também é importante a apropriação dos saberes disponíveis (competências disciplinares) tratados pela academia. Os três enfoques constituem as diferentes polaridades da atividade humana no trabalho que se complementam e se articulam numa relação dialética circular ou espiral (SCHWARTZ, 1998; SCHWARTZ, DUC e DURRIVE, 2010d).

Quanto à dimensão coletiva do trabalho, que está presente nas equipes de saúde, Schwartz, Duc e Durrive apresentam a ideia das Entidades Coletivas Relativamente

Pertinentes (ECRP) como uma maneira diferente de abordar os processos de cooperação efetivados em toda atividade coletiva. As ECRP são um lugar de trânsito, em duplo sentido, entre um plano político dos valores e dos debates e um plano em nível mais local, no qual são processadas e reprocessadas as atividades de trabalho, contribuindo dessa forma para fazer história. Segundo esses autores, as ECRP são:

[...] “entidades” no sentido de que existem fronteiras invisíveis que englobam as pessoas pertencentes a serviços diferentes, pessoas que se conhecem; “coletivas” tendo em vista que aí circulam informações – eventualmente nos dois sentidos, e pelas vias mais diversas (podem ser notas escritas, chamadas telefônicas, deslocamentos, muitas coisas) – enfim, o que é fundamental para compreender a qualidade de realização de um certo número de tarefas solicitadas; elas são “relativamente pertinentes” na medida em que são pertinentes para a compreensão de como as coisas andam, ao mesmo tempo são relativamente pertinentes, no que as fronteiras são variáveis: elas podem mudar em função das pessoas. E a história na empresa é feita de uma combinação indefinida de tais fronteiras pontilhadas que se constroem e reconstroem sem cessar. Exatamente por tudo isso é só “relativamente” pertinente (SCHWARTZ, DUC e DURRIVE, 2010b, p. 152).

O trabalho em equipe, do ponto de vista das ECRP, é uma globalidade que possibilita o encadeamento dos membros da equipe na estreita interdependência dos fatores, mas é aberta para permitir a sincronização da atividade própria do trabalhador com a atividade dos outros protagonistas da situação. “Uma ECRP não se assenta num coletivo predefinido. Suas fronteiras são as da atividade, num momento dado” (p. 151). Assim, novas relações coletivas devem ser criadas fazendo cooperar categorias que não cooperavam e representações do trabalho que passem a estabelecer trocas (SCHWARTZ, DUC e DURRIVE, 2010b).

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar em equipes de saúde possui as características próprias de toda atividade relacionada aos seres humanos com as suas peculiaridades tanto da individualidade quanto do coletivo. Apesar das várias tentativas de estabelecer protocolos na área da saúde, não se pode alcançar a total padronização dos procedimentos. No seu cotidiano, os trabalhadores arbitram e fazem escolhas diante das diversas situações e vão construindo novas realidades. Para se aproximar do trabalho real em saúde, é preciso chegar o mais próximo possível da atividade. Do ponto de vista ergológico, toda produção de trabalho, seja na saúde ou em qualquer outra área, é uma renormalização parcial e singular em torno de si e a gestão do trabalho em saúde deve perceber o espaço do trabalho como aquele de transgressão, do debate entre a norma e sua renormalização, porque

não é possível o controle e a antecipação de todas as suas circunstâncias e peculiaridades (HENNINGTON, 2007).

A escolha da Ergologia como um referencial teórico para a análise dos dados desta pesquisa deveu-se ao entendimento da sua relação direta com o trabalho em equipes de saúde, como apontam os parágrafos anteriores.

De forma condensada, do ponto de vista do trabalho em equipes de saúde, pode-se dizer que a Ergologia sugere um enfoque de três polos: a interação entre as pesquisas acadêmicas no campo da saúde, o patrimônio agregado sobre os processos de trabalho e o saber dos trabalhadores da prática e no exercício do protagonismo em sua atividade. Essas propriedades devem ser levadas em consideração quando se propõe a elaboração de uma política pública fundamentada na gestão de responsabilidade compartilhada e construção coletiva e horizontalizada, que também são conceitos estabelecidos na Saúde Coletiva e Saúde do Trabalhador.

## CAPÍTULO III

### POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR

Na tentativa de regulamentar os preceitos constitucionais, o Governo Federal brasileiro instituiu três políticas de grande importância relacionadas à saúde e segurança dos trabalhadores: a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), a Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2006a) e a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2011). Mais recentemente, encontra-se em discussão uma proposta de política para a saúde e segurança no trabalho para o servidor público federal.

#### 4.1 POLÍTICAS INSTITUÍDAS

##### 4.1.1. Política Nacional de Humanização

Conforme Santos-Filho, “A proposta da Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas” (SANTOS-FILHO, 2007, p. 1000).

A Lei 8.080, Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a), incorpora a saúde do trabalhador no campo de atuação do SUS. Na PNH, também denominada HumanizaSUS, encontram-se os princípios norteadores dessa política que vão ao encontro dos conceitos da Saúde Coletiva. São eles:

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;  
Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;  
Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;  
Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;  
Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos. (BRASIL, 2004, p. 9 – 10).

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, em 2004 (MORI e OLIVEIRA, 2009).

À criação da PNH seguiram-se publicações do próprio Ministério da Saúde, com esclarecimentos e orientações para a consolidação da política. Em 2004 foi publicada a cartilha HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção em Gestão em Todas as Instâncias do SUS; em 2008 foi publicado o Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS e em 2009 houve três publicações: Clínica Ampliada e Compartilhada, HumanizaSUS na Atenção Básica e Trabalho e Redes de Saúde.

Nessas publicações do Ministério da Saúde, e em outras da literatura especializada, encontram-se textos que fazem diagnósticos da situação e buscam embasamento nos conceitos da Saúde Coletiva e da Saúde do Trabalhador para apresentação de propostas de soluções.

No caderno de 2004, são encontradas críticas à verticalização e fragmentação dos processos de trabalho que “[...] esgarçam as relações entre diferentes profissionais de saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes na prática de atenção, fica fragilizado”. Propõe-se um debate para o remodelamento da gestão e da formação dos profissionais de saúde: “[...] o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde”. E segue se enfatizando: “O debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação de profissionais de saúde e aos modos com que o controle social vem se exercendo é, portanto, necessário e urgente.” (BRASIL, 2004, p. 5).

Na publicação de 2008, são citados problemas em relação às condições de trabalho dos profissionais da saúde, destacando-se alguns aspectos: “[...] a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde desses trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários.” (BRASIL, 2008, p. 8).

No caderno publicado em 2009, O HumanizaSUS na Atenção Básica, também encontram-se propostas para a formação dos profissionais de saúde no âmbito da Saúde Coletiva:

O encontro ensino-serviço deve ser processualmente estreitado, com ganhos para a rede de saúde e instituições de ensino. [...] Inserir os alunos das várias profissões da saúde precocemente na atenção básica; atenuar o ensino centrado no hospital; diminuir a fragmentação disciplinar; trabalhar a responsabilização, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar na equipe, o vínculo; articular ações individuais e coletivas e assumir ao longo dos anos

de formação a cogestão do cuidado em rede são exemplos de iniciativas que podem ser significativas no processo de desenvolvimento das competências dos futuros profissionais da saúde, docentes e trabalhadores, [...]. (BRASIL, 2009b, p. 11)

De diferentes modos e em momentos diversos, as publicações sobre a PNH e sobre outras políticas públicas, buscam definir termos e conceitos aplicados no contexto da Saúde Coletiva que são importantes no entendimento da política e ajudam a compreender os seus princípios norteadores. Dessas publicações destacou-se (e também grifou-se) alguns trechos que sintetizam conceitos e princípios que devem ser observados e aplicados nos programas e ações relativos à saúde do trabalhador:

“**Humanizar** é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.” (BRASIL, 2004, p. 6).

Por **humanização** compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde (BRASIL, 2009b, p. 7).

“[...] adotar a Humanização como uma **política transversal**, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma **construção coletiva**.” (BRASIL, 2004, p. 7).

Mapear programas, projetos e iniciativas de humanização já existentes, articulá-los e, a partir daí, propor diretrizes, traçar objetivos e definir estratégias de ação na composição da PNH, num constante diálogo com as especialidades das áreas da saúde, são tarefas das quais não podemos abrir mão se, de fato, queremos **operar transversalmente** (BRASIL, 2004, p. 16).

“Por **princípio** entende-se o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas.” (BRASIL, 2008, p. 23).

“Por **método** entende-se a condução de um processo ou o seu modo de caminhar (meta = fim; hodos = caminho).” (BRASIL, 2008, p. 24).

“Por **diretrizes** entende-se as orientações gerais de determinada política.” (BRASIL, 2008, p. 25).

“Ampliar o diálogo entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a *gestão participativa*” (PNH, BRASIL, 2004, p. 12).

“*Gestão Participativa*: Modo de gestão que inclui novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão.” (BRASIL, 2008, p. 60).

O mapeamento e a visibilidade de iniciativas e programas de humanização na rede de atenção do SUS, no Ministério da Saúde, a promoção do intercâmbio e a articulação entre eles constituem aspectos importantes na construção do que chamamos *Rede de Humanização em Saúde (RHS)* (BRASIL, 2004, p. 9).

A *saúde* é entendida também como a capacidade de o ser humano produzir novas normas, ou seja, de ser normativo frente à diversidade dos mundos do trabalho. No fazer-aprender, os próprios trabalhadores percebem-se como produtores de conhecimento. Aprende-se a fazer criando, num processo contínuo de construção e desconstrução de saberes, valores, concepções, de avaliar quais formas de funcionamento coletivo estão produzindo adoecimento e aquelas que promovem a saúde (BRASIL, 2009d, p. 15).

“*Saúde* – (1) Processo de criação/invenção de estratégias e saídas para as situações que levam ao adoecimento (condição de sofrimento). (2) Poder oscilar dentro dos limites do patológico e da sanidade, poder inventar maneiras de fazer diferente.” (BRASIL, 2009d, p. 42).

“[...] por *integralidade* também se deve compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais” (BRASIL, 2008, p. 63).

*Integralidade*: O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (MONERAT, 2002, p. 157).

*Autonomia* – Condição que caracteriza os humanos, que não são meros receptáculos de ideologias e valores predominantes.” (BRASIL, 2009d, p. 37). “No seu sentido etimológico, significa ‘produção de suas próprias leis’ ou ‘faculdade de se reger por suas próprias leis’. Em oposição à heteronomia, designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo (BRASIL, 2008, p. 54).

**Dimensão subjetiva** – (1) Dimensão a partir da qual existimos como ‘sujeitos’, sempre como efeito de processos históricos e políticos. (2) Dimensão relacional onde experimentamos existir como ‘sujeitos’ concretos e engajados em práticas situadas - não se refere, portanto, a uma dimensão privada, interior, independente das relações que construímos cotidianamente (BRASIL, 2009d, p. 39).

**Protagonismo** – Compromisso ético dos sujeitos com o conhecimento e a produção da realidade vivida nos equipamentos de saúde. Refere-se, portanto, à intervenção nessa realidade, promovendo diálogos e a construção coletiva do bem comum. Na produção de saúde, diz respeito ao compromisso dos sujeitos nos processos de cuidado de si e das redes sociais.” (BRASIL, 2009d, p. 41 – 42). “É a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos (BRASIL, 2008, p. 65).

**Controle social (participação cidadã)**: participação popular na formulação de projetos e planos, definição de prioridades, fiscalização e avaliação das ações e dos serviços, nas diferentes esferas de governo, destacando-se, na área da Saúde, as conferências e os conselhos de saúde (BRASIL, 2008, p. 56).

**“Universalização**: saúde passa a ser um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais (MONERAT, 2002, p. 172).

**Equidade**: Distribuição dos bens públicos à sociedade, segundo as necessidades diferenciadas das pessoas ou grupos – um dos pilares básicos do Estado de Bem-Estar Social - deve ser diferenciada de simples igualdade, na qual se contempla simplesmente a divisão, ou rateio, por igual, entre todos. No Direito, há uma frase famosa que define a equidade como tratar com desigualdade os desiguais. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. A equidade é um princípio de justiça social (MONERAT, 2002, p. 152).

**“Gestão em saúde**: Conjunto de medidas adotadas para planejar, organizar, fazer funcionar e avaliar o grande número de elementos inter-relacionados do sistema de saúde.” (MONERAT, 2002, p. 155).

**Descentralização**: É a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (união, estados, municípios, distritos), partindo do pressuposto que quanto mais perto o gestor estiver dos problemas de uma comunidade, mais chance terá em acertar na resolução dos mesmos (WARGAS, 2002, p. 12).

**Participação Popular**: É a garantia constitucional que a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas e controle de sua execução [...] fortalece a

democratização do poder local com o aumento da influência da população na definição de políticas sociais (MONERAT, 2002, p. 161).

Os conteúdos destacados nos permitem dizer que a Política Nacional de Humanização visa à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo alterações nas interações sociais, reconhecendo a experiência de organização e condução de serviços dos trabalhadores e gestores. Propõe transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Enquanto gestão, propõe a valorização dos atores através de instâncias colegiadas e da corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários nas decisões, afirmando a importância do trabalho em equipe, valorizando a subjetividade (SANTOS-FILHO, 2007). Para Maria Mori e Olga Oliveira “Ao optar pela cogestão, enquanto modo de gerir o trabalho, a PNH se coloca como outros grupos de trabalho que a experimentam: vivenciar disputas de saber, de poder e tensionamentos.” (MORI e OLIVEIRA, 2009. p. 628). No campo da formação profissional, a estratégia é de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho (SANTOS-FILHO, 2007).

#### **4.1.2. Política Nacional de Promoção à Saúde**

Na perspectiva da promoção, a Organização Mundial de Saúde (OMS-WHO) define a saúde como “recurso que permite às pessoas manter uma vida, individual, social e economicamente produtiva” e compreende a promoção da saúde como:

[...] um processo social e político, não limitado a abraçar ações direcionadas a fortalecerem as habilidades e capacidades dos indivíduos, mas envolvendo, também, ações dirigidas a mudar as condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a amenizar o seu impacto na saúde pública e individual. (WHO, 1998).

A PNPS foi institucionalizada pelo Ministério da Saúde pela Portaria n.º 687 de 30 de março de 2006 e aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite também em 2006 (MALTA, 2009).

A PNPS tem por objetivo geral:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2006a, p. 17).

Assim como na PNH, as diretrizes da PNPS reforçam os conceitos da Saúde Coletiva e da Saúde do Trabalhador. São elas:

Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;

Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;

Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;

Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;

Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; e

Divulgar e informar as iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional (BRASIL, 2006a, p. 19).

Em diversos textos da política de promoção, a relação entre as diretrizes da política e os conceitos da Saúde Coletiva fica evidente, o que é reforçado pelas publicações especializadas na área.

A promoção da saúde pode ser estratégia para responder às necessidades sociais em saúde, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2006a).

A terceira edição da cartilha da PNPS do Ministério da Saúde em 2010, referindo-se ao protagonismo dos cidadãos e à participação social, cita que:

Nesta direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias, e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social. (BRASIL, 2010a, p. 11).

Dessa forma, os conceitos e princípios da PNPS estão coerentes com as demais políticas correlatas e se pautam na construção horizontalizada e coletiva, na formação de sujeitos como indivíduos e coletivos, na participação dos gestores, trabalhadores e usuários, na humanização, na universalidade, na equidade, no foco da saúde predominando sobre a doença, na educação e capacitação continuadas, no trabalho em rede e na construção da cidadania.

Críticas também são feitas, em especial em relação à dicotomia entre o discurso e a prática, como se encontra em Traverso-Yépes, referindo-se à construção da PNPS:

De nada adiantam políticas bem intencionadas se são inviabilizadas pela falta de vontade política e pela distribuição desigual de poder, ou pelas próprias práticas institucionalizadas, dentro das quais tende-se a atuar com automatismos e de forma não reflexiva. (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007, p. 235).

#### **4.1.3. Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho**

No Diário Oficial da União (DOU) de 05 de maio de 2005 foi publicada a Portaria Interministerial MPS/MS/MTE n° 800 de 03 de maio de 2005 que tinha por finalidade publicar, para consulta e contribuição pública, o texto base da Minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho.

Posteriormente, a Portaria Interministerial n° 152, de 13 de maio de 2008, instituiu a Comissão Tripartite de Segurança e Saúde no Trabalho (CTSST). O governo optou por construir o Programa Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho de forma coletiva e para isso convocou os setores da sociedade, empregadores e trabalhadores junto com os gestores públicos para definirem as estratégias e planos de ação do Programa que teve como objetivos, avaliar e propor medidas para implementação no País da Convenção n° 187, da OIT, que trata da Estrutura de Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho. (BRASIL, 2008).

Em 07 de novembro de 2011 (DOU de 08 de novembro de 2011) é publicado o Decreto n° 7.602, que dispõe sobre a PNSST (BRASIL, 2011), em que também se encontram conceitos relacionados à Saúde Coletiva e à Saúde do Trabalhador.

Os objetivos da PNSST são a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2011).

No Inciso IV do Anexo ao decreto 7.602, encontram-se as diretrizes da Política:

inclusão dos trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde;  
harmonização da legislação e a articulação das ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador;  
adoção de medidas especiais para atividades laborais de alto risco;  
estruturação de rede integrada de informações em saúde do trabalhador;

promoção da implantação de sistemas e programas de gestão da segurança e saúde nos locais de trabalho;  
 reestruturação da formação em saúde do trabalhador e em segurança no trabalho e estímulo à capacitação e à educação continuada de trabalhadores;  
 promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e saúde no trabalho;  
 universalidade (BRASIL, 2011. p. 1-2).

Apesar da PNSST atribuir a responsabilidade de implementação e de execução aos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social, a gestão da política é participativa e atribuída à CTSST que é constituída paritariamente por representantes do governo, trabalhadores e empregadores, conforme ato conjunto dos Ministérios do Estado do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social.

Para a PNSST no conceito de trabalhadores estão incluídos “todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia” (p. 3). Incluiu-se ainda nesse grupo os servidores públicos. (ARCURI, 2007).

Ao propor a transversalidade intersetorial, a política busca superar a fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores trabalho, previdência social, saúde e meio ambiente (ARCURI, 2007).

## **4.2. PROPOSTA DE POLÍTICA PARA O SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL**

### **4.2.1. Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal**

Não obstante a proposta de regulamentação em saúde e segurança no trabalho, do Governo Federal, ser para todos os trabalhadores (ANDRADE, 2009), na prática, o direcionamento foi para os trabalhadores ligados ao Regime Geral de Previdência (RGP) e à CLT, ficando à parte os servidores públicos, regidos por estatuto e regime de previdência próprios e os trabalhadores sem vínculo empregatício formal.

A Lei 8112 de 11 de dezembro de 1990, Regime Jurídico Único que é o Estatuto do Servidor Público Federal, prevê no Título VI (Da Seguridade Social do Servidor), em seu Capítulo I (Disposições Gerais), artigo 185:

Os benefícios do Plano de Seguridade Social do servidor compreendem:  
 I - quanto ao servidor:  
 [...]  
 d) licença para tratamento de saúde;  
 e) licença à gestante, à adotante e licença-paternidade;

- f) licença por acidente em serviço;
- g) assistência à saúde;
- h) garantia de condições individuais e ambientais de trabalho satisfatórias (BRASIL, 1990b).

No entanto, diferente do que ocorreu com os trabalhadores vinculados ao regime da CLT, os servidores públicos federais das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), que são regidos por previdência e estatutos próprios, não tiveram contempladas, por muitos anos, desde a promulgação da Carta Magna de 1988, as legislações complementares e normatizações que lhe assegurassem um padrão mínimo de assistência, promoção e vigilância à saúde, bem como, a prevenção do adoecimento (CARNEIRO, 2006).

Só recentemente, a preocupação com a saúde do servidor público federal, na esfera governamental, tomou corpo com a publicação do Decreto n° 6.833, em 29 de abril de 2009, que instituiu o SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor (CGASS). Esse decreto, nos seus artigos segundo e terceiro, define:

Art. 2º O SIASS tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo.

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

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

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

III – promoção, prevenção e acompanhamento da saúde: ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho (BRASIL, 2009a).

Apesar de constar no art. 2º do Decreto n° 6.833/2009 referência a uma “política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo governo”, tal política ainda não foi instituída por nenhum documento legal, até o momento do desenvolvimento deste estudo.

As informações do Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor (DESAP) da Secretaria de Gestão Pública (SEGEP) do MPOG, fornecidas para fins

deste trabalho acadêmico, são de que se encontra em fase de elaboração uma proposta, com a respectiva exposição de motivos, para instituir legalmente tal política de saúde e segurança para os servidores públicos federais.

Embora não seja documento oficial, pois ainda não teve sua proposta aprovada e pode sofrer alterações ou rejeição, para citação neste trabalho acadêmico nos foi fornecida pelo DESAP, a proposta constante numa minuta com os princípios e diretrizes a serem avaliados antes da sua efetivação legal.

Os princípios da política proposta seriam:

I – equidade e universalidade de direitos e benefícios a todos os servidores;

II – integralidade das ações de saúde e segurança no trabalho;

III – humanização no trato com os envolvidos;

IV – prevenção aos danos e agravos;

V – abordagem biopsicossocial com o apoio de equipes multiprofissionais;

VI – gestão participativa no desenvolvimento das ações de saúde e segurança no trabalho;

VII – uniformização e padronização de procedimentos entre todos os órgãos e entidades da Administração Pública Federal – APF.

As diretrizes apresentadas como propostas de política são:

I – organizar a Rede de Unidades do SIASS;

II – realizar ações de promoção à saúde do servidor, a partir de protocolos técnicos, tendo como objetivo a identificação de agravos e preservação da saúde do conjunto dos servidores em função dos riscos existentes no ambiente de trabalho e de doenças ocupacionais ou profissionais;

III – promover ações de vigilância que visem a melhoria dos ambientes e processos de trabalho;

IV – apoiar as iniciativas voltadas para melhoria da qualidade de vida no trabalho dos servidores públicos federais;

V – implantar os exames de promoção à saúde no trabalho, na Administração Pública Federal, a partir de protocolos técnicos, incluindo as avaliações para investidura em cargo público, exames médicos periódicos entre outros que se fizerem necessários;

VI – possibilitar espaços coletivos nos quais os servidores possam reconhecer os riscos à saúde e à segurança, assim como propor mudanças no ambiente e na organização do trabalho, compartilhar informações e experiências relacionadas à saúde e segurança no trabalho e avaliar os resultados das intervenções;

VII – fomentar a oferta de capacitação para as equipes multiprofissionais de atenção à saúde e segurança do trabalho, visando aprimorar as práticas de saúde e segurança, bem como uniformizar os conceitos e procedimentos;

VIII – elaborar indicadores de saúde para a população de servidores públicos federais;

IX – elaborar e implementar protocolos técnicos nas áreas de saúde e segurança do trabalho.

A partir do exposto sobre as várias políticas relacionadas à saúde e segurança do trabalhador/servidor público federal, pode-se observar que apesar de algumas diferenças nas terminologias, conceitos e diretrizes nas políticas citadas, todas são fundamentadas nos princípios da Saúde Coletiva, o que respeita os prepostos da Carta Magna de 1988 para a saúde e bem-estar dos trabalhadores e servidores públicos.

Contrapondo-se à doutrina do capitalismo, para a qual o lucro é um dos seus pilares, muitas vezes acima da preocupação com a saúde dos trabalhadores, nas últimas décadas ocorreram alterações conceituais importantes que visam dar à população e aos trabalhadores em especial, o direito à cidadania pela busca do reconhecimento do fator biopsicossocial como determinante da saúde e bem-estar do indivíduo e da coletividade, além de estimulá-los a serem protagonistas dos seus destinos.

Outro ponto importante sobre as políticas públicas, que na teoria das suas formulações muitas vezes parecem próximas da perfeição, é a dificuldade na sua efetivação e posterior controle.

Parece lógico que, num país continental como o Brasil, a melhor maneira de aproximar a teoria da prática, a formulação, a execução e o controle de uma política, seja a descentralização das ações e a valorização do conhecimento daqueles que as executam. Nesse

sentido é que este estudo pretende entender a prática da atuação de uma equipe multiprofissional de atenção à saúde dos servidores, valorizando a visão dos profissionais que nela atuam, procurando contribuir com subsídios para a implantação da política de saúde e segurança no trabalho que está proposta para a regulamentação legal.

#### **4.2.2. A equipe multiprofissional na unidade SIASS-UFPR**

A EMASS faz parte da Unidade SIASS-UFPR. Essa, por sua vez, é uma unidade regional no estado do Paraná do SIASS, que é vinculado ao MPOG e responsável pela execução da PASS, em desenvolvimento em nível nacional.

Por entender que conhecer alguns aspectos dessa equipe ajuda na compreensão da proposta deste trabalho acadêmico, a seguir são fornecidas informações a respeito da EMASS e do SIASS.

#### **Histórico**

No ano de 2005, apesar de não haver uma forma apropriada para coleta e análise de dados, era possível verificar que um elevado número de servidores públicos da Universidade Federal do Paraná encontrava-se afastado do trabalho em decorrência de doença ou acidente.

Como tentativa de melhor entender esse fato, em 31 de agosto de 2005 o Pró-Reitor de Recursos Humanos e Assuntos Estudantis (PRHAE) emitiu a Portaria n° 8140 (BRASIL, 2005) que constituía a Comissão Interdisciplinar de Técnicos com Atuação e Atendimento Organizacional a Servidores em Acompanhamento Biopsicossocial. Essa comissão era composta de 21 servidores de diversas formações como Médicos, Engenheiros de Segurança, Psicólogos, Enfermeiros, Assistentes Sociais e servidores do Serviço de Recursos Humanos da instituição e tinha por atribuição discutir para melhor entender o processo de adoecimento, da incapacidade para o trabalho e a recuperação funcional dos servidores públicos.

Apesar de que, na prática, essa comissão teve duração efêmera, ficou clara a sua importância para todos os membros. Nas poucas reuniões que aconteceram naquele ano, percebeu-se que havia uma fragmentação do atendimento e do conhecimento sobre aspectos ligados à saúde, o bem-estar, o adoecimento e a incapacidade funcional dos servidores da instituição. Esse fato resultava em situações de dispersão de esforços e retrabalho com baixa efetividade.

Paralelamente, o Governo Federal iniciava articulações para atender às demandas de saúde de seus servidores com foco no exercício das atividades funcionais. Assim, foi

instituído o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal – SISOSP – pelo Decreto n.º 5.961 de 13 de novembro de 2006 (BRASIL, 2006b).

Em 23 de agosto de 2007, através da Portaria n.º 3214, a PRHAE da Universidade Federal do Paraná institui o Grupo de Implantação para Programa de Reabilitação Funcional com fundamentação nas diretrizes do SISOSP (BRASIL, 2007). O trabalho desse grupo resultou na constituição da Unidade de Reabilitação Funcional (URF). Essa unidade tinha por atribuição adequar as restrições funcionais de servidores em decorrência de disfunção, doença ou acidente, que eram estabelecidas pelo Serviço de Engenharia e Segurança e Saúde Ocupacional (SESAO) da Universidade Federal do Paraná, ao exercício funcional desses servidores, num processo de reabilitação e reinserção ao trabalho.

Em 29 de abril de 2009, o Decreto n.º 6.833 instituiu o SIASS e o CGASS em substituição ao SISOSP instituído em 2006 (BRASIL, 2009a). O SIASS tem a atribuição de implementar a proposta de PASS que tem por princípios a construção coletiva de forma horizontalizada, a atuação multiprofissional e a atenção integral e humanizada à saúde e o bem-estar do servidor.

A proposta de atuação do SIASS pauta-se na construção de uma rede de unidades regionalizadas, que seriam construídas a partir do interesse dos servidores ou serviços ligados à atenção à saúde nas suas localidades, após serem estimulados nas participações em eventos nacionais ou regionais promovidos pelo Ministério do Planejamento. A partir desse gesto de proatividade, constituir-se-iam Grupos de Trabalho (GTs) que ficariam responsáveis pelo levantamento situacional da atenção à saúde dos servidores de órgãos e entidades da administração pública federal da sua região e, posteriormente, proporião a constituição das unidades SIASS regionais através da cooperação entre estes órgãos e entidades.

Em 18 de fevereiro de 2011, através do Acordo de Cooperação Técnica n.º 03 entre as três instituições de ensino federal do estado do Paraná, a Universidade Federal do Paraná (UFPR), a Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR) e o Instituto Federal do Paraná (IFPR), foi criada a Unidade SIASS-UFPR que ficou responsável pelas ações da PASS aos servidores dessas instituições.

### **Modelo de atuação anterior à EMASS**

Desde antes da criação da Unidade SIASS-UFPR, o trabalho de reabilitação ou reinserção no trabalho, iniciava pela indicação do Serviço de Avaliação e Perícia em Saúde

(SAPS). Nas situações em que peritos em saúde desse serviço percebessem indicativos de limitações da capacidade funcional de servidores, temporárias ou definitivas, era solicitada, via processo administrativo, uma avaliação de capacidade laboral ao SESAO.

O SESAO, então, realizava a avaliação clínico-ocupacional do servidor através do médico do trabalho, avaliação de psicólogo com experiência na psicologia do trabalho, de assistente social sobre as condições sócio-familiares e era verificado o histórico funcional do servidor na instituição e das relações interpessoais no trabalho. Quando indicada, também havia uma avaliação dos profissionais da engenharia e segurança das condições de trabalho, no local do exercício funcional do servidor.

Concluída essa etapa, o servidor tinha sua situação discutida em uma reunião periódica com componentes do SAPS, SESAO e URF, que tinha por finalidade integrar o conhecimento destes serviços sobre o servidor atendido.

A partir dessa avaliação era definido um parecer conjunto que resultava na emissão de um laudo conclusivo pelo SESAO, denominada Avaliação da Capacidade Laborativa (ACL), que poderia apontar que o servidor se encontrava inapto para o trabalho, de forma temporária ou definitiva, apto sem restrições ou ainda apto para o desempenho funcional, com restrições estabelecidas nesse laudo.

Fundamentado no laudo conclusivo da ACL, o servidor atendido poderia receber alta sem restrições e retornar ao trabalho anteriormente exercido; ser afastado temporariamente ou definitivamente do trabalho por uma proposta de aposentadoria por invalidez; ou ainda, se fosse considerado apto com restrições funcionais, seria reinserido no trabalho de modo a serem respeitadas suas incapacidades parciais.

Apesar de nesse processo de trabalho haver um atendimento multiprofissional, as principais críticas eram a demora na conclusão do processo de reabilitação, os retrabalhos dos profissionais de mesma formação das diferentes unidades (SAPS, SESAO e URF), a reclamação do servidor em atendimento de ter que repetir seu histórico a diferentes profissionais, o distanciamento espacial das unidades ligadas à saúde do servidor (SAPS e URF estão no centro da cidade de Curitiba e o SESAO no bairro Jardim das Américas, distantes cinco quilômetros) e dificuldade para se obter uma melhor articulação entre as unidades.

Para melhor visualização, no Apêndice A encontra-se um fluxograma de atendimento do modelo descrito.

### **Modelo de atuação após a criação da EMASS**

No primeiro semestre de 2012, os profissionais de atendimento à saúde dos servidores, iniciaram uma análise do método e fluxo de trabalho desenvolvido até então. Atendendo à preocupação de melhorar a integração da equipe, a qualidade do trabalho, aprimorar e agilizar os procedimentos e principalmente obter um atendimento integral em saúde e bem-estar dos servidores atendidos, foi implantada uma remodelação do processo de trabalho de reabilitação funcional e reinserção ao trabalho dos servidores.

Foi formada, então, uma equipe multiprofissional de atenção à saúde, que ficou composta por profissionais de nível superior em saúde do servidor e tem uma relação mais estreita com o SAPS, mantendo o SESAO responsável pelas ações de vigilância em saúde.

Dessa forma, a equipe ficou constituída por dois psicólogos e um médico do trabalho que já atuavam nas avaliações de capacidade laborativa no SESAO, um enfermeiro do trabalho proveniente do Hospital de Clínicas e outro do SAPS e uma assistente social cedida pelo IFPR através de acordo de cooperação que criou a Unidade SIASS-UFPR em fevereiro de 2011. Da URF vieram compor a equipe uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e um enfermeiro do trabalho. Assim, a denominada EMASS ficou constituída por nove componentes, sendo um médico do trabalho, dois psicólogos, duas assistentes sociais, três enfermeiros e uma terapeuta ocupacional.

Nessa equipe, podem ser atendidos os servidores das três instituições de ensino no estado do Paraná (UFPR, UTFPR e IFPR) em número aproximado de dez mil servidores.

No novo método de trabalho ficou estabelecido que também podem solicitar uma ACL, o próprio servidor, sua chefia ou as unidades de recursos humanos das instituições, desde que os peritos em saúde avaliem o servidor e a pertinência do encaminhamento à equipe multiprofissional e, nesses casos, se o servidor a ser avaliado deve ser afastado, ou não, do trabalho até a conclusão do processo.

No primeiro contato do servidor com a equipe é realizada uma entrevista coletiva, para melhor entender as variáveis biopsicossociais e funcionais relativas ao caso. A equipe segue o roteiro de um formulário padronizado que abrange quatro eixos de interesse: Funcional, Sócio-Econômico, de Tratamento e Psicossocial. A seguir, a equipe discute e analisa os dados

obtidos e a definição da conduta para a sequência do trabalho. Pode ser definida a emissão de parecer conclusivo através de laudo de ACL ou pode ser apontada a necessidade de avaliação individual do servidor pelos membros da equipe, pela entrevista com chefia e/ou colegas de trabalho, pela visita domiciliar ao servidor, pelo levantamento do seu histórico funcional na instituição, pela análise das atribuições funcionais estabelecidas regimentalmente para o seu cargo e, quando necessária, a avaliação do processo e do ambiente de trabalho pela equipe de vigilância. Essas situações geralmente demandam a necessidade de rediscussão do caso pelos membros da equipe, em função das novas informações coletadas, antes da emissão do parecer conclusivo.

Emitido o parecer conclusivo da equipe, na forma de laudo de ACL, o passo seguinte depende do teor desse documento e segue modelo aproximado do período anterior à criação da EMASS. O servidor atendido poderá receber alta sem restrições e retornar ao trabalho; ser afastado temporariamente ou definitivamente do trabalho; ou ainda, caso seja considerado apto com restrições funcionais, ser reinserido no trabalho de modo que sejam respeitadas suas incapacidades parciais e tenha acompanhamento do seu processo de reinserção funcional pelo período de cento e oitenta dias.

Outras ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional são a indicação ao servidor avaliado para programas de promoção à saúde ou atendimento especializado, quando indicado, que possam favorecer a recuperação da sua saúde e bem-estar e também a avaliação e emissão de parecer em processos de remoção de servidor de sua localidade de trabalho por motivo de saúde própria ou de dependente, visando subsidiar parecer conclusivo de Junta Oficial em Saúde (JOS).

Além dos servidores ativos que podem ser atendidos pela EMASS, nas situações anteriormente descritas, também podem ser avaliados os servidores aposentados por invalidez que solicitam, via processo, avaliação de JOS para fins de reversão da sua aposentadoria por invalidez e retorno à ativa no serviço público federal, sob a alegação fundamentada de ter readquirido condições funcionais para o trabalho. Nessas situações a EMASS, após avaliação médico-ocupacional e das condições biopsicossociais, emite parecer sobre as condições atuais do avaliado para subsidiar parecer conclusivo da junta oficial.

Para melhor visualização, no Apêndice B encontra-se um fluxograma de atendimento do modelo descrito.

### **Proposta para outras ações da EMASS**

Além das ações citadas, encontrava-se em discussão na equipe, na época da elaboração deste trabalho, a execução de novas atribuições previstas nas leis e normas, que são:

- ✓ O acompanhamento dos servidores que se encontrem em afastamento do trabalho, por motivo de doença ou acidente, acima de noventa dias ininterruptos, mesmo que sem perspectiva de retorno às atividades funcionais no momento, bem como os servidores com reiteradas licenças, mesmo que de duração menos prolongada. Tal acompanhamento teria por finalidade avaliar as condições biopsicossociais que estejam influenciando sobre a sua saúde com o objetivo de intervenção sobre os determinantes apontados e se promova a recuperação funcional e do bem-estar destes servidores.
- ✓ Formas de aprimorar a comunicação com as equipes de vigilância e promoção à saúde do SIASS-UFPR, visando ações integradas de intervenção para prevenir o adoecimento e os acidentes e melhorar as condições relacionadas aos ambientes e condições de trabalho dos servidores públicos federais das instituições pactuantes do acordo de cooperação.
- ✓ Avaliar os candidatos aprovados em concurso público, quanto às aptidões para o exercício do cargo, função ou emprego, em especial na caracterização de deficiência física ou funcional e sugestões de lotações, quando necessário, visando subsidiar os exames clínicos para investidura em cargo público, previstos em lei.
- ✓ Analisar periodicamente o processo de trabalho da equipe multiprofissional, visando o aperfeiçoamento continuado e propiciar e estimular a capacitação profissional continuada de todos os profissionais da Unidade SIASS-UFPR.

#### **4.2.3. A proposta de política e o trabalho da equipe: o encontro necessário**

Para melhor entender a proposta de apresentar o trabalho de uma equipe multiprofissional de saúde como colaboração na proposta de política para o servidor público federal, acredita-se ser necessário apresentar alguns conceitos teóricos sobre a elaboração das políticas públicas.

De modo simplificado, define-se Políticas Públicas como um ramo da ciência política para entender como e por que os governos optam por determinadas ações (SOUZA, 2006).

O termo também pode ser entendido como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado, regulando as suas atividades às tarefas de interesse público, tanto econômico, social como ambiental. Tais atividades variam com o grau de diversificação da economia, com a visão ideológica do papel do Estado no conjunto da sociedade e com o nível de atuação dos diferentes atores sociais (LUCCHESE e AGUIAR, 2002).

As políticas públicas de saúde orientam-se conforme a Constituição Federal de 1988 e estão inseridas no contexto da Seguridade Social junto com as políticas de previdência e assistência social. Regem-se pelos princípios da universalidade e equidade, com descentralização da gestão e integralidade no atendimento e:

[...] integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESE e AGUIAR, 2002, p. 3).

Para compreender o processo de formulação de uma política é necessário também entender que ele envolve negociação continuada, em que devem ficar claros os objetivos de todas as partes envolvidas e dos recursos (humanos, físicos, financeiros e outros) a serem distribuídos na construção da política proposta (LUCCHESE e AGUIAR, 2002).

Em um processo completo de tomada de decisão para formulação de uma política, podem-se distinguir as seguintes fases: identificação de um problema que inquieta a sociedade ou o governo; inclusão da questão na agenda de governo para resolução; identificação, avaliação e seleção de alternativas de intervenção; formulação da política; implantação da política; e seguimento, avaliação e correção de rumos. A definição da agenda pelos governos

habitualmente levam em conta os problemas, a política propriamente dita e também os atores que estão envolvidos na questão (LUCCHESI e AGUIAR, 2002; SOUZA, 2006).

Também segundo Celina Souza, existem diversas definições e modelos sobre políticas públicas e delas podemos extrair e sintetizar seus elementos principais:

A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz.

A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes.

A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras.

A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados.

A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo.

A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação (SOUZA, 2006, p. 36 – 37).

Outro tópico importante para o entendimento do objetivo deste trabalho, e ao qual se fará referência na sequência, é o conteúdo da Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS), tratada na Portaria Normativa nº 03 de 2010 do MPOG, que integra o conjunto da PASS e orienta as ações do SIASS.

Nas suas Disposições Preliminares, destacam-se:

Art. 1º • A Norma Operacional de Saúde do Servidor Público Federal - NOSS integra o conjunto de ações da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal [...].

Parágrafo único. Trata-se de uma política transversal nos diferentes órgãos e entidades da Administração Pública Federal, com diretrizes centrais de natureza normatizadora, mas com sua implantação descentralizada e coletivizada, por meio da gestão participativa dos atores envolvidos e com foco na integralidade das ações.

Art. 2º • A concepção que fundamenta as ações de atenção à saúde do servidor prioriza a prevenção dos riscos à saúde, a avaliação ambiental e a melhoria das condições e da organização do processo de trabalho de modo a ampliar a autonomia e o protagonismo dos servidores (BRASIL, 2010b, p. 4).

Nas Disposições Gerais, Seção I – Dos Conceitos, artigo quarto, destaca-se o seguinte inciso:

IV - Equipe multiprofissional é composta por profissionais de diferentes formações e especialidades para atuar no âmbito da vigilância e promoção de

saúde agregando esforços para analisar e intervir nas questões de saúde, sob diferentes ângulos da dimensão biopsicossocial. A relação entre os profissionais, resguardadas suas competências, será de interdependência e complementaridade (BRASIL, 2010b, p. 5).

Na Seção II – Das Diretrizes, artigo quinto, destacam-se os seguintes incisos:

IV - Participação dos Servidores - assegurar o direito de participação dos servidores, em todas as etapas do processo de atenção à saúde, é estratégia de valorização do seu saber sobre o trabalho.

V - Regionalização e descentralização - as ações voltadas para a saúde do servidor serão planejadas e executadas pelos serviços de saúde dos órgãos e entidades da APF ou pelas unidades de referência do SIASS, segundo as prioridades e as necessidades dos servidores de cada Estado ou região, valendo-se do sistema de referência e contra-referência.

VI - Transversalidade – integrar as áreas do conhecimento sobre a saúde do servidor no conjunto das políticas públicas.

VIII - Co-gestão – compartilhamento do poder entre os diferentes atores sociais que participam e/ou integram o processo.

XI - Transdisciplinaridade – compartilhar saberes e práticas em busca da compreensão da complexidade humana, considerando os múltiplos fatores que influenciam a condição de saúde dos servidores em suas relações com o trabalho.

XII - Pesquisa-intervenção – metodologia que contempla práticas que viabilizem análises e decisões coletivas, atribuindo à comunidade participante uma presença ativa no processo e permitindo que o conhecimento seja construído a partir da integração do saber científico com o saber prático (BRASIL, 2010b, p. 7).

Na Seção III - Das Atribuições e Competências, artigo sexto, destaca-se o inciso:

VI - Comissão Interna de Saúde do Servidor Público:

c) valorizar e estimular a participação dos servidores, enquanto protagonistas e detentores de conhecimento do processo de trabalho, na perspectiva de agentes transformadores da realidade (BRASIL, 2010b, p. 9).

Na Seção IV - Da Metodologia, destacam-se:

Art. 7º • As principais estratégias para a implementação da NOSS são as avaliações dos ambientes e processos de trabalho, o acompanhamento da saúde do servidor e as ações educativas em saúde, pautadas na metodologia de pesquisa-intervenção.

II - O acompanhamento da saúde do servidor será realizado por equipe multiprofissional com abordagem transdisciplinar e deverá [...];

III - O planejamento das ações educativas em saúde [...] e do acompanhamento da saúde do servidor, [...].

a) será desenvolvido de forma participativa, estimulando a mudança de atitudes e a valorização do protagonismo dos servidores na gestão da saúde individual e coletiva;

Parágrafo único. O conhecimento e a percepção que os servidores têm do processo de trabalho e dos riscos ambientais serão considerados para fins de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de Vigilância e Promoção à Saúde (BRASIL, 2010b, p. 9 – 10).

Das Disposições finais destaca-se:

“Art. 14º • A norma operacional é de observância obrigatória pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal.” (BRASIL, 2010b, p. 11).

Dessa forma, olhando com atenção os tópicos da NOSS destacados anteriormente, podemos notar uma correlação direta com os conceitos da Saúde Coletiva e da Saúde do Trabalhador, com a proposta ergológica de Schwartz e com os princípios e diretrizes das outras políticas de saúde apresentadas neste trabalho (PNH, PNSST e PNPS), como a preconização da transversalidade, da gestão participativa, da autonomia e do protagonismo, a valorização do trabalho em equipe e a integração dos saberes.

Os resultados esperados nesta pesquisa, pela valorização e apreensão da prática do trabalho em saúde, coloca os servidores no patamar de atores que podem contribuir com a construção de uma política de saúde para todos os servidores públicos federais.

## CAPÍTULO IV

### PERCURSO METODOLÓGICO

#### 5.1. A PESQUISA QUALITATIVA

Metodologicamente, este estudo se apresenta como uma pesquisa qualitativa. A opção por essa modalidade decorreu do objeto e objetivos da pesquisa e do referencial metodológico adotado, pois a investigação qualitativa leva em conta os valores, os hábitos, as crenças, as representações, as atitudes e as opiniões dos participantes. Ela interpreta o conteúdo dos discursos ou a fala cotidiana, o que permite ultrapassar a mensagem manifesta para atingir os significados latentes. (MINAYO e SANCHES, 1993).

As abordagens qualitativas têm sido cada vez mais valorizadas. Utilizam-se especialmente da indução e da intuição para atingir uma compreensão mais aprofundada do objeto que se propõe a investigar (MORAES, 1999).

Para Mauro Serapioni (2000), ao começar uma pesquisa, com o propósito de aprofundar o conhecimento de um problema, é preciso ser pragmático e perguntar qual é o objeto de interesse e qual é a natureza do problema que se quer investigar, pois os métodos qualitativos auxiliam no trabalho de construção do objeto estudado e na descoberta de dimensões não conhecidas do problema, permitindo formular e comprovar novas hipóteses, descobrir novos nexos e explicar significados.

Pode-se fazer uma correlação entre pesquisa qualitativa e conceitos da proposta ergológica de Schwartz, referencial que foi escolhido para ajudar na leitura dos dados deste trabalho, quando Minayo e Sanches afirmam que:

“[...] dir-se-ia que a cientificidade tem que ser pensada aqui como uma ideia reguladora de alta abstração, e não como sinônimo de modelos e normas rígidas. [...] o trabalho qualitativo caminha sempre em duas direções: numa, elabora suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelece seus resultados [...]” (MINAYO e SANCHES, 1993, p. 245).

Nesta citação, pode-se estabelecer relação com as chamadas “normas antecedentes” citadas por Schwartz e abordadas no capítulo II; no entanto, quando as autoras continuam em seu trabalho: “[...] noutra, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e toma direções privilegiadas” (MINAYO e SANCHES, 1993, p. 245), pode-se ver correlação com a Ergologia quando se faz referência à autonomia e ao protagonismo pelo “uso de si para si” (SCHWARTZ, DUC e DURRIVE, 2010c, p. 194 – 195).

Segundo Egberto Turato, atualmente é comum encontrar profissionais de saúde que reconhecem a ajuda dos métodos qualitativos para melhor compreender a vida dos pacientes. Na metodologia qualitativa aplicada à saúde, tal como na concepção das Ciências Humanas, não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas, pois importa saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significado tem função estruturante e nele as pessoas organizarão suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde (TURATO, 2005).

Na concepção de Antonio Chizzotti, o termo qualitativo

[...] implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair deste convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível e, após este tirocínio, o autor interpreta e traduz em um texto, zelosamente escrito, com perspicácia e competência científicas, os significados patentes ou ocultos do seu objeto de pesquisa (CHIZOTTI, 2003, p. 221).

Ainda segundo o mesmo autor, a investigação qualitativa dos fenômenos humanos, que são repletos de razão, liberdade e vontade, possuem características específicas que “criam e atribuem significado às coisas e às pessoas nas interações sociais e estas podem ser descritas e analisadas, prescindindo de quantificações estatísticas” (CHIZOTTI, 2003, p. 222).

Através da pesquisa qualitativa realiza-se uma fundamental aproximação de intimidade entre sujeito e objeto. Sendo de mesma natureza, o objeto empatiza com os motivos, as intenções e os projetos dos atores, propiciando a significação entre as estruturas e as relações (LUDKE E ANDRÉ, 1986; MINAYO e SANCHES, 1993).

Sobre as abordagens qualitativas nas pesquisas em educação, as pesquisadoras Menga Ludke e Marli Andre citam como sendo cinco as características básicas da pesquisa qualitativa, também chamada de naturalística:

- a) A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento;
- b) os dados coletados são predominantemente descritivos;
- c) a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto;
- d) o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador; e
- e) a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo (LUDKE E ANDRÉ, 1986, p. 44).

O material essencial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana e se torna reveladora das condições estruturais. Ela possui a magia de transmitir,

através do entrevistado, as representações das condições históricas, sociais, econômicas e culturais de determinados grupos (MINAYO e SANCHES, 1993).

No campo da pesquisa é frequente a indagação se há representatividade da fala individual em relação a um coletivo maior, que é um dos fundamentos da pesquisa quantitativa. Minayo e Sanches citam que:

Tal indagação constituía uma preocupação de Bourdieu (1972) quando este definiu o conceito de *habitus*, segundo o qual a identidade de condições de existência tende a produzir sistemas de disposições semelhantes, através de uma harmonização objetiva de práticas e obras: “*cada agente, ainda que não saiba ou não queira, é produtor e reproduzidor do sentido objetivo, porque suas ações são o produto de um modo de agir do qual ele não é o produtor imediato, nem tem o domínio completo*” (MINAYO e SANCHES, 1993, p. 246).

Dentro da proposta desta pesquisa, que é buscar apreender o entendimento de servidores ligados à atuação multiprofissional na prática em saúde, para contribuir com a construção de uma política pública, o método qualitativo é essencial, pois conforme o teorema desenvolvido por William Thomas, um dos pais da sociologia norte americana, no estudo dos seres humanos, descobrir como esses servidores definem as situações nas quais se encontram é importante, porque “*se eles definem situações como reais, elas são reais em suas consequências*” (THOMAS, 1970, apud MINAYO e SANCHES, 1993, p. 243).

## **5.2. CENÁRIO DO ESTUDO**

A pesquisa foi desenvolvida no campo de atuação da EMASS da Unidade SIASS-UFPR. Essa unidade atende as questões de saúde de aproximadamente dez mil servidores das instituições de ensino federal (UFPR, UTFPR e IFPR) no estado do Paraná e está subordinada à Coordenação de Assuntos Comunitários (CAC) da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEPE) da UFPR.

O SIASS é responsável pela execução da PASS no território brasileiro e está vinculado ao MPOG do Governo Federal. Tem por princípio atuar em rede integrada em todo o território nacional, através de unidades regionais que devem ser criadas, preferencialmente, através de acordos de cooperação técnica entre diferentes órgãos ou entidades da administração pública federal. De acordo com a Portaria nº 1.397 de 2012 do MPOG, O SIASS tem como objetivos potencializar o resultado das ações de saúde desenvolvidas pelos órgãos e entidades partícipes; propiciar aos órgãos e entidades partícipes o uso racional de

materiais, equipamentos, força de trabalho, imóveis, instalações e contratos, dentro dos princípios da finalidade e da eficiência e otimizar recursos orçamentários.

A Unidade SIASS-UFPR atualmente é composta pelo SAPS, responsável pelas ações em perícia oficial em saúde, pelo SESA0, responsável pelas ações de vigilância em saúde e pela EMASS, cujas atribuições estão melhor relatadas no Capítulo III – Políticas Públicas em Saúde do Trabalhador (Subitem 3.2.2. – A equipe multiprofissional na unidade SIASS-UFPR) deste trabalho acadêmico.

Os servidores das três instituições de ensino possuem entidades de representação da classe, os sindicatos, que se dividem entre a representação dos servidores docentes e a representação dos técnico-administrativos.

Diante deste cenário de estudo e em decorrência de que a proposta de PASS do governo federal fundamenta-se na construção coletiva de forma horizontalizada, respeitando o conhecimento e a subjetividade dos atores e a gestão de responsabilidade compartilhada é que se decidiu realizar a pesquisa com membros da EMASS, com amostra de usuários atendidos pela equipe e de seus representantes de classe e com um gestor de recursos humanos.

Elaborou-se um organograma para melhor se visualizar e entender a estrutura descrita, dentro do contexto do Governo Federal (Figura 1 – Apêndice C).

### **5.3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS**

Para atender aos requisitos éticos, o primeiro procedimento foi a obtenção do consentimento institucional para a realização da pesquisa no seu âmbito. O projeto da pesquisa foi apresentado à Pró-Reitora de Gestão de Pessoas da Universidade Federal do Paraná, a quem está subordinado o SIASS-UFPR e onde se desenvolvem boa parte das ações em saúde do servidor. O consentimento foi obtido formalmente por documento de 04 de março de 2013 (Anexo A).

A autorização obtida e o projeto da pesquisa, anexados à documentação exigida, foram enviados para apreciação do COPEP da UEM. A aprovação do projeto veio através do Edital 006/2013-COPEP de 06 de maio de 2013 (Anexo B).

Em 08 de maio de 2013 obteve-se autorização para o início da execução dos trabalhos (Anexo C), pelo novo Pró-Reitor de Gestão de Pessoas, após apresentação da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética.

A partir dessas formalidades atendidas, iniciou-se o contato direto e pessoal com todos os participantes, convidando-os a fazerem parte da pesquisa, esclarecendo a cada um deles o seu objeto e objetivos, colhendo-se os consentimentos e fornecendo-se cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice D).

Na realização das entrevistas foram utilizados ambientes privados, com isolamento acústico adequado e um aviso na porta para que não houvesse interrupções o que foi respeitado em todas as situações. Essas condições, associadas à garantia da não identificação dos participantes, favoreceram para que os entrevistados se sentissem à vontade nas respostas às questões apresentadas.

Para preservar a identidade e manter o anonimato dos entrevistados foram usadas siglas alfanuméricas que não indicavam qualquer relação pessoal com o participante. Exemplos do uso destas siglas foi EMASS 1, Usuário 3, Sindicato 2, e assim por diante.

Todas as entrevistas foram feitas com gravação de áudio digital e depois transcritas literalmente, tentando-se manter a pontuação, a ênfase da fala e as interjeições utilizadas para transmitir da melhor forma o conteúdo das falas. Ao final do trabalho, e após a sua aprovação em banca, as gravações em áudio serão desgravadas para evitar o manuseio dos arquivos e futura identificação vocal dos participantes da pesquisa.

#### **5.4. PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Visando atingir o objetivo da pesquisa de entender o trabalho da equipe multiprofissional e contribuir com a implantação da política de saúde para os servidores públicos federais, decidiu-se convidar sete dos nove membros da equipe para responderem aos questionários semiestruturados e aprovados pelo Comitê de Ética. Um dos componentes não foi convidado em virtude de que não participava de todo o processo de trabalho da equipe e o outro é o pesquisador. Todos os componentes da equipe convidados concordaram em participar. Também foram convidados os usuários atendidos pela equipe que já tinham seu processo de intervenção concluído e que formaram a amostra da população da pesquisa, para que se buscasse apreender a visão desses servidores. Esta amostra foi composta por cinco usuários. Para melhor conhecer a participação nas políticas de saúde do servidor, dos representantes do coletivo dos usuários, ou seja, os representantes sindicais, foi convidado a participar um membro de cada um dos dois sindicatos de categoria: a dos técnico-administrativos (Sindicato dos Trabalhadores em Educação do Terceiro Grau Público de

Curitiba, Região Metropolitana e Litoral do Estado do Paraná – SINDITEST) e a dos docentes (Associação dos Professores da Universidade Federal do Paraná - APUFPR). Ambas as entidades indicaram um representante que concordou em participar da pesquisa. Para completar, foi convidado a participar um servidor dos recursos humanos de uma das universidades que compõem o SIASS-UFPR, com cargo de coordenação em atenção à saúde e o mesmo aceitou de pronto o convite. Não houve nenhuma desistência dos participantes no decorrer da pesquisa. A tabela a seguir apresenta todos os participantes da pesquisa.

**Tabela 1: Participantes por categoria, tempo de serviço público, tempo de atuação em saúde do servidor em anos e respectivas médias.**

Participante	Tempo serviço público (anos)	Média	Tempo de atuação em saúde do servidor (anos)	Média
EMASS 1	16		10	
EMASS 2	15		2	
EMASS 3	19		5	
EMASS 4	22		6	
EMASS 5	18		11	
EMASS 6	17		5	
EMASS 7	2	15,5	2	5,8
USUÁRIO 1	3			
USUÁRIO 2	12			
USUÁRIO 3	34			
USUÁRIO 4	23			
USUÁRIO 5	3	15		
GESTOR RH	23		3 (meses)	
SINDICATO 1	13		5	
SINDICATO 2	22	17,5	16	10,5

Conforme citado, o grupo dos servidores componentes da equipe multiprofissional ficou constituído de sete indivíduos. Todos tinham nível superior de ensino, três deles eram mestrados e um com título de mestre, servidores públicos federais regidos pelo regime estatutário e com tempo médio aproximado de quinze anos e meio de serviço público –

mínimo de um ano e nove meses e máximo de vinte e dois anos. O tempo médio aproximado de atuação no campo da saúde do servidor público foi de seis anos – mínimo de um ano e seis meses e máximo de onze anos à época da pesquisa. As formações profissionais dos participantes desse grupo eram na área de Psicologia, Serviço Social, Enfermagem do Trabalho e Terapia Ocupacional.

Os cinco participantes que compuseram o grupo dos servidores atendidos pela equipe multiprofissional (usuários dela) foram escolhidos aleatoriamente entre aqueles que tinham seus atendimentos concluídos na época da pesquisa. Dois desses servidores tinham formação em nível superior e três deles em nível médio. O tempo de serviço público desse grupo era de quinze anos em média – máximo de trinta e quatro anos e mínimo de dois anos e oito meses.

O gestor de recursos humanos que participou da pesquisa é coordenador de setor de atenção à saúde de uma das três instituições de ensino que compõe a unidade SIASS-UFPR. Tinha à época da pesquisa aproximadamente vinte e três anos de serviço público na área de assistência à saúde (de servidores e público em geral) e três meses no cargo diretivo relacionado à saúde do servidor.

Os representantes sindicais participantes da pesquisa foram indicados pela direção de cada uma das entidades de representação de classe convidadas (APUFPR e SINDITEST) e ambos atuavam no campo da saúde do servidor em suas entidades sindicais. Um deles tinha treze anos de serviço público e cinco anos de atuação na área sindical e o outro tinha vinte e dois anos de serviço público e dezesseis anos de atuação sindical na época da pesquisa.

## **5.5. COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi feita pelo instrumento de entrevista semiestruturada, aplicada aos participantes da pesquisa e também pelas percepções do pesquisador como observador participante (APÊNDICE E).

Para Naomar de Almeida Filho, a cadeia produtiva do conhecimento se inicia pela observação. Esta, na forma de matéria-prima que, dotada de significado, é transformada em dados e estes, após processados por transformação analítica, produzem informação que emerge como conhecimento científico e tecnológico após articulada com as referências conceituais. Para o autor, o termo observação designa “o processo de identificação, seleção, coleção e registro sistemáticos de signos referentes a propriedades ou atributos relevantes de objetos naturais, culturais ou sociais” (p. 144). O termo dados pode ser definido como

“observações com significado” (p. 145) e pode ser classificado de acordo com o seu nível de estruturação como estruturados, semiestruturados e não estruturados. Dados semiestruturados, segundo ele, “não seguem um padrão de código prévio, porém, da própria produção de observações, deverá resultar um sistema de codificação” (ALMEIDA FILHO, 2003, p. 145).

Para Ludke e André, uma das grandes vantagens da entrevista como instrumento para coleta de dados é que nela se estabelece uma interação entre pesquisador e pesquisado, não ocorrendo uma relação hierárquica entre eles (LUDKE E ANDRÉ, 1986).

Atento a esses conceitos, a primeira entrevista foi realizada em 03 de julho de 2013 e a última em 05 de agosto de 2013, resultando num intervalo de 33 dias entre elas. A entrevista de maior duração de gravação digital ocorreu com um dos membros da equipe multiprofissional e durou trinta e nove minutos. A de menor duração ocorreu com um dos usuários do atendimento multiprofissional e durou cinco minutos e meio. A duração total de gravação digital, considerando todas as quinze entrevistas, foi de trezentos e dois minutos, resultando em uma média aproximada de vinte minutos por gravação realizada. A transcrição de todas as entrevistas ocorreu num período de trinta e dois dias, entre 11 de julho e 12 de agosto de 2013 e resultou em sessenta e seis páginas de transcrição das gravações digitais utilizando a mesma formatação de digitação desta dissertação.

As entrevistas com os membros da equipe multiprofissional e com o gestor de recursos humanos foram realizadas em sala apropriada, nos seus horários e ambientes de trabalho, que é o edifício da PROGEPE-UFPR. O grupo de usuários e os representantes sindicais também foram entrevistados em seus ambientes e horários de expediente de trabalho, em sala reservada, após agendamento prévio.

Todas as entrevistas seguiram o roteiro pré-estabelecido e aprovado pelo Comitê de Ética para cada grupo. Após a fase de acolhimento e interação informal com o entrevistado, buscando deixá-lo à vontade para responder a pesquisa, era iniciada a entrevista com questões padronizadas, aplicadas de maneira semelhante a todos os componentes de cada grupo. Perguntas complementares ao tema eventualmente eram formuladas, de acordo com a necessidade de melhor esclarecer determinados assuntos. A última questão deixava todos livres para manifestarem qualquer outra opinião que achassem oportunas.

As percepções do pesquisador, na condição de observador participante, tiveram início logo após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e tiveram continuidade até a conclusão das entrevistas com os participantes.

## 5.6. ANÁLISE DOS DADOS

A avaliação do material empírico foi realizada com base no referencial da análise de conteúdo em sua vertente temática.

Na visão das pesquisadoras Menga Ludke e Marli André, a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa:

[...] destinada a fazer inferências válidas e replicáveis dos dados para o seu contexto, ou ainda, um método de investigação do conteúdo simbólico das mensagens, [...] Mas as interpretações dos documentos podem ser diversas: políticas, psicológicas, literárias, filosóficas, éticas. Daí a discussão quanto à necessidade de consenso sobre o conteúdo do material analisado. Raras vezes se dá esta concordância e a diversidade é, para alguns, ponto positivo, em particular, quando se trata de abordagens qualitativas na pesquisa (LUDKE E ANDRÉ, 1986, p. 46 – 47).

A análise dos dados coletados pelas entrevistas deu-se em função da proposta deste trabalho, dos diferentes grupos de servidores participantes e do teor das respostas obtidas pela pesquisa.

A análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa que ajuda a reinterpretar as mensagens de documentos e textos e fornece informações complementares para atingir uma compreensão de seus significados num determinado contexto (MORAES, 1999).

Quando a análise de conteúdo é categorizada pela vertente temática significa que o estudo se direciona para a mensagem propriamente dita (“ela quer dizer o que?”), nas suas palavras, no seu valor de informação, nos argumentos e ideias nela expressas (MORAES, 1999).

As gravações das entrevistas foram ouvidas e suas transcrições lidas tantas vezes quanto necessárias, para obter uma melhor análise na busca de resultados consistentes e de acordo com a proposta deste trabalho.

Como resultado deste procedimento, os temas para análise foram categorizados em quatro grupos: “*Profissionais da Equipe Multiprofissional em Saúde*”; “*Gestor de Recursos*

*Humanos do Serviço Público”; “Usuários da Equipe Multiprofissional” e “Representantes da Categoria dos Usuários”.*

Para cada grupo foram estabelecidas categorias ou unidades que agrupavam determinados aspectos dos relatos que nos foram oferecidos, o que é melhor explicado na introdução do Capítulo V – Resultados e Discussão.

Quanto à categorização, é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Utilizando-se critérios estabelecidos no processo, pode-se classificar os elementos de uma mensagem por semelhança ou analogia para facilitar a análise da informação. Deve fundamentar-se numa definição precisa do problema, dos objetivos e dos elementos utilizados na análise de conteúdo (MORAES, 1999).

Para a elaboração da discussão dos conteúdos categorizados foram utilizados e correlacionados os conceitos estabelecidos sobre o trabalho em equipe de saúde, a Saúde do Trabalhador e a Saúde Coletiva; os princípios e diretrizes das políticas públicas de saúde do trabalhador e do servidor público, instituídas ou em construção, e o referencial teórico da proposta ergológica.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo está destinado à apresentação e discussão dos resultados do estudo. Como assinalado anteriormente, foram entrevistados sete profissionais membros da equipe, um gestor de recursos humanos diretamente ligado às ações em saúde e segurança dos servidores públicos federais, cinco servidores atendidos pela equipe e dois representantes da categoria dos servidores públicos, um do sindicato dos docentes e outro do sindicato dos técnico-administrativos. Cada grupo de entrevistados – profissionais da equipe, gestor de recursos humanos, servidores atendidos e representantes da categoria de servidores – responderam questões específicas em suas entrevistas, mas que mantinham foco nos objetivos propostos nesta pesquisa. Assim, foram abordados temas que inseriam os conceitos de trabalho em equipe, da Saúde do Trabalhador e da Saúde Coletiva e os princípios e diretrizes das políticas públicas de saúde do trabalhador e do servidor público, instituídas ou em construção.

Os conteúdos das entrevistas foram categorizados em quatro grupos para análise: *“Profissionais da Equipe Multiprofissional em Saúde”*; *“Gestor de Recursos Humanos do Serviço Público”*; *“Usuários da Equipe Multiprofissional”* e *“Representantes da Categoria dos Usuários”*.

Os conteúdos relativos a cada um dos grupos foram analisados a partir de unidades, de forma que se pôde contemplar as peculiaridades relatadas, como será abordado a seguir.

#### **6.1. PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Foco principal da pesquisa, as questões formuladas aos membros da equipe, profissionais de diferentes formações com o objetivo comum de atenção integral à saúde dos servidores sob sua responsabilidade, buscaram entender a atuação em equipe pelos seus pontos de vista. Os conteúdos expressos pelos profissionais da equipe puderam ser divididos em três unidades de análise de dados: Motivação, Trabalho em equipe multiprofissional de saúde e Interdisciplinaridade. Cada unidade teve abordagem de temas específicos, conforme a Tabela 2.

**Tabela 2: Grupo 1 – Profissionais da Equipe Multiprofissional em Saúde - unidades e temas utilizados na análise dos dados coletados para discussão e obtenção dos resultados.**

GRUPO	UNIDADES	TEMAS
Grupo 1: Profissionais da EMASS	Motivação	Protagonismo
		Liderança
		Capacitação
	Trabalho em equipe multiprofissional de saúde	Autonomia
		Características do trabalho
	Interdisciplinaridade	Domínio dos conceitos
		Reconhecimento profissional
Relação com outros profissionais e serviços		

### 6.1.1. Motivação

Na unidade motivação foram propostos os temas protagonismo, liderança e capacitação pelo entendimento de que tais temas podem ser considerados como consequentes da motivação (o protagonismo e a liderança) ou como dependente dela (a capacitação).

#### Protagonismo

O termo protagonista é normalmente utilizado para designar o personagem principal nas artes cênicas ou para definir a pessoa que ocupa o primeiro lugar em qualquer acontecimento. Se tomado nesse sentido, o termo seria contraditório com o contexto das publicações citadas neste trabalho (legais e conceituais), pois além do protagonista teríamos somente os atores coadjuvantes e trabalhos complementares. Nas publicações usadas como referência neste trabalho, no entanto, o termo protagonista é utilizado no sentido de proativo, aquele que toma iniciativa de ação ou age antecipadamente, de forma individual ou coletiva, e é por esse motivo, que também se utilizará esse sentido na análise das entrevistas. Como se viu no Capítulo III, a PNH define Protagonismo como: “É a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos.” (BRASIL, 2008, p. 65), ou ainda:

Compromisso ético dos sujeitos com o conhecimento e a produção da realidade vivida nos equipamentos de saúde. Refere-se, portanto, à intervenção nessa realidade, promovendo diálogos e a construção coletiva do bem comum. Na produção de saúde, diz respeito ao compromisso dos

sujeitos nos processos de cuidado de si e das redes sociais. (BRASIL, 2009d, p. 41 – 42).

Utilizando-se esse tema do protagonismo, buscou-se perceber a inserção dos profissionais entrevistados nos trabalhos e no grupo, a passividade ou proatividade e a formação dos sujeitos, de forma horizontalizada e coletiva, na construção e desenvolvimento do processo de trabalho da equipe multiprofissional.

Dos sete participantes desse grupo de análise, somente um não se percebeu como participante ativo na proposta de criação da EMASS. Mesmo assim, este pesquisador, na qualidade de observador participante, reconhece a participação ativa e importante deste membro da equipe naquele momento. Todos os participantes, no entanto, se perceberam como agentes ativos no desenvolvimento do processo de trabalho da equipe, de forma individual ou na construção coletiva.

Ajudei a escrever... a proposta [de criação da EMASS]. Acho que contribuição teórica. [...] Como a gente começou, vamos começar e vamos fazendo algumas coisas juntos, vejo que não tem como ser de outra forma. Eu vejo a equipe, como um todo [no desenvolvimento do processo de trabalho] (EMASS 1).

Sim [participou]. Na elaboração das propostas, da ideia inicial de acompanhamento de servidor em afastamento por longo período e basicamente no olhar da minha formação profissional [sobre a criação da equipe]. [...] Participando ativamente, desde a elaboração, até os ajustes, baseado nos desafios, nos entraves do cotidiano. [...] É uma construção continuada. Nós começamos a elaborar, elaboramos, estamos em andamento, estamos em desenvolvimento. Ela deve ser rediscutida a cada etapa (EMASS 2).

Eu acho que de certa forma, sim [sobre a criação da equipe], nem que foi contestando, questionando, mas acho que foi uma forma de contribuir também. [...] Eu acho que todos nós somos responsáveis [pelo desenvolvimento do processo]. Acho que o trabalho em equipe é justamente isso. Acho que a responsabilidade é compartilhada, [...] (EMASS 3).

Primeiro lugar eu mesmo. Não vejo como eu... desconectada disso. [...] Também de todos nós. Eu acho que de todos nós (EMASS 4).

Eu acho que contribuí. [...] Eu vejo que foi uma construção coletiva, então eu acho que participei, sim da estruturação, de como vai fazer [...] prá mim tá claro que foi uma construção coletiva, uma construção nossa (EMASS 7).

Todos os participantes desse grupo reconheceram que o processo de trabalho da equipe está em desenvolvimento. Alguns manifestaram que, como característica do trabalho em equipe de saúde, esse processo estará sempre em modificação.

Eu acho que a gente se constrói assim, conversando, discutindo, testando, porque não tem como saber se você não testa. E modificando e sempre se transformando, porque a gente sempre está em transformação. [...] Não tem como ser uma coisa muito fechada, vai de acordo com cada situação (EMASS 3).

A gente está desconstruindo, reconstruindo, mudando, pensando em novas possibilidades de atuação, [...] Eu acho que a gente sempre vai aprimorar, sempre vai ter um pouquinho de descontentamento, mas eu acho que a gente tem que saber ler ele da seguinte forma: de que o trabalho não tá dando conta, não por uma incapacidade da equipe, mas até por uma transformação, por uma amplitude grande de situações diferentes, que a gente não consegue padronizar. [...] Então não é uma deficiência, é um processo (EMASS 7).

O dinamismo e as mudanças nos processos de trabalho nem sempre são compreendidos e aceitos com facilidade, como se percebeu na fala de um entrevistado.

Teve a morte súbita da nossa URF [risos], passamos por um processo de luto, mas agora a gente não consegue ver diferente, a gente tem mesmo... a EMASS é outro momento, tem tudo pra dar certo (EMASS 5).

Este fenômeno faz parte da construção desta forma de trabalho coletivo como explicado pela Ergologia.

E, como sempre, quando ocorrem tais transformações dos ambientes técnicos ou das formas de trabalhar, acontece uma articulação muito interessante – e que dificilmente se pode antecipar – entre a instalação nova a ser introduzida e as tradições, as histórias, ou seja, toda uma série de experiências acumuladas que tornavam, até então, o trabalho eficaz (SCHWARTZ, DUC e DURRIVE, 2010b, p. 157).

Dessa forma, pôde-se observar que os membros da equipe se reconheceram como protagonistas (no sentido de serem proativos) na construção da equipe multiprofissional de forma coletiva e horizontalizada, o que contribuiu com a formação de sujeitos individuais e coletivos. O protagonismo também é percebido quando a equipe reconhece a impossibilidade de uma completa padronização de procedimentos, o desconforto intelectual gerado pelo dinamismo do processo e pelo vazio de normas antecedentes e que resultaram na utilização de medidas particulares, como as arbitragens realizadas pelos profissionais em determinadas situações, no uso de si por si mesmo. Percebe-se, então, que o protagonismo está presente na concepção dos integrantes da equipe que participaram da pesquisa e está de acordo com o referencial teórico adotado e os princípios e diretrizes das políticas públicas analisadas (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010; BRASIL, 2001, 2004, 2006a, 2008, 2009a, 2009b, 2009c, 2009d, 2010a, 2010c, 2011).

## Liderança

Como foi apresentado no Capítulo II, são poucos os autores que fazem menção se devem existir, ou como devem ser tratadas a supervisão, a hierarquia ou a liderança nos trabalhos em equipes multiprofissionais de saúde. Nesta pesquisa, o tema apareceu de forma direta ou indireta, sem que houvesse abordagem em uma questão específica. Todos os sete membros da EMASS citaram, pelo menos uma vez na pesquisa, a questão da liderança. No total houve quatorze citações sobre esse tema.

Então acho que o que dificulta prá mim, algum tipo de aplicação, é sistematizar, ter talvez assim um momento e alguém que vá conduzir dizendo é a hora do ajuste, nós vamos ajustar isso. [...] eu acho que ajudaria, é... acho que sim, de demanda, ter alguém que... coordene, assim, pegando o que cada um tem, mas definindo uma coisa, um resultado único. [...] Eu acho que a supervisão ajudaria muito (EMASS 1).

Acho que a responsabilidade é compartilhada, mas tem que ter uma pessoa que... vamos dizer assim, que seja o voto que determine, né? [...] Eu me sinto assim, às vezes, como quem tomou um ônibus [...]. Mas talvez o motorista do ônibus conheça um caminho melhor, que a gente não conheça, né? (EMASS 3).

Em grupo eu acho que é moroso e precisa de coordenação (EMASS 4).

[...] retomar, de repente, as reuniões técnicas, e que tenha neste grupo uma liderança prá poder conduzir algumas coisas (EMASS 5).

Acredito que todos da equipe [são responsáveis pelo desenvolvimento do processo de trabalho] com uma gerência, com algum coordenador, fazendo esta condução. [...] ... até pela forma de um coordenador, que consiga conciliar os momentos da atuação em equipe e que tenha momentos que nessa equipe precisa discutir esse processo, e conduzir de que forma esse processo vai ser modificado (EMASS 6).

Eu também acho que tem que ter alguém que seja um bom mediador nessas discussões... [...] Um mediador que consiga fazer essas leituras prá mostrar que os ânimos exaltados não são necessariamente brigas pessoais [...] (EMASS 7).

Apesar da controvérsia sobre a necessidade, ou não, de liderança em equipes de saúde e do tipo de liderança que seria mais indicada – individual ou grupal, voluntária ou indicada, estável ou rotativa, autoritária ou não autoritária, entre outras classificações (BRASIL, 2001; AZEVEDO, 2002; PINHO, 2006; QUEIROZ, 2009, CANASTRA e FERREIRA, 2012) – todos os participantes deste grupo de análise perceberam a necessidade desse tipo de intervenção, utilizando o termo liderança ou assemelhados como condução, supervisão, mediação e coordenação.

Outro aspecto a ser notado, correlacionando esse tema da liderança com o tema anterior sobre o protagonismo, é que esse segundo, quando entendido como proatividade, não gera conflito entre eles. Apesar de entender-se que todos os participantes, membros da equipe, demonstraram se considerar corresponsáveis pela implantação e desenvolvimento dos trabalhos da equipe, também todos citaram a questão da liderança como um fator positivo e necessário ao bom desenvolvimento das ações da equipe.

### **Capacitação**

O tema capacitação apareceu nesta unidade “Motivação” por entender-se que a busca pela capacitação vem da iniciativa própria ou do estímulo externo como incentivo de outrem o que, de uma forma ou outra, implica em motivação.

Nesta pesquisa, a motivação para a capacitação apareceu mais frequentemente como partindo da busca do próprio profissional, como uma iniciativa pessoal, do que incentivada pela gestão ou pela instituição a que ele se vinculava.

Na pesquisa, foram elaboradas duas questões distintas aos participantes. Sobre a capacitação profissional, dois participantes afirmaram que não vinham se capacitando, dois que se capacitavam por iniciativa e custeio próprios e os outros três que se capacitavam com custeio misto (próprio e institucional). Em relação à capacitação para o trabalho em equipe, quatro participantes afirmaram que não se capacitavam e três que se capacitavam por iniciativa e custeio próprios; nenhum estava nesse tipo de capacitação por incentivo institucional.

Na profissão tenho me capacitado. Este ano eu fiz um curso à distância... que o SIASS promoveu, já fiz curso que eu paguei, relacionado ao trabalho. Fui pro congresso que eles pagaram. [...] participo de um grupo de estudo de trabalho em grupo, então é desta forma que me capacito. Mas é outra instituição, daqui, não! (EMASS 1).

Ah, eu tenho! Eu fiz o curso de Gestão Pública que é um tecnólogo, um curso oferecido pela Universidade e pelo Instituto Federal. Agora estou fazendo o mestrado [...] eu arco com quase cinquenta por cento [...] (EMASS 3).

A capacitação é uma ferramenta importante para um bom desempenho profissional, tanto no individual, quanto no coletivo, em especial na área da saúde em que a inovação do conhecimento é uma constante (PEDUZZI, 2001; CARDOSO e HENNINGTON, 2011). O incentivo à capacitação, vindo da instituição a que se vincula o servidor, também pode ser

entendido como uma forma de reconhecimento dado ao trabalho da equipe e como medida do grau de valorização que a instituição dá à saúde dos seus servidores.

Além disso, o tema da capacitação está previsto nas leis relacionadas à saúde e segurança dos trabalhadores e servidores públicos. Nos princípios da PNPS pode-se encontrar, entre outras citações, “Definir e apoiar as diretrizes capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locais regionais” (p. 23) e “Realização de oficinas de capacitação, envolvendo equipes multiprofissionais, prioritariamente as que atuam na atenção básica” (BRASIL, 2006a, p. 26). Na PNSST existem citações referentes ao tema como: “Reestruturação da formação em saúde do trabalhador e em segurança no trabalho e estímulo à capacitação e à educação continuada de trabalhadores” (BRASIL, 2011, p. 1 – 2). Na PNH é encontrado “[...] como trabalhar para aumentar a autonomia das equipes locais, capacitando-as melhor, evitando assim compartilhamentos desnecessários” (BRASIL, 2009c, p. 37) e na minuta com os princípios da proposta de PASS pode-se encontrar “Fomentar a oferta de capacitação para as equipes multiprofissionais de atenção à saúde e segurança do trabalho, visando aprimorar as práticas de saúde e segurança, bem como uniformizar os conceitos e procedimentos.”

Na análise dos dados categorizados nesta unidade “Motivação”, percebe-se que os profissionais da EMASS estavam motivados, pois atuaram com proatividade na construção da equipe e na busca por capacitação, apesar das dificuldades apontadas. Considerando-se que um dos desafios para a construção de políticas públicas é conseguir adesão dos participantes aos projetos inovadores, pautados na corresponsabilidade e horizontalidade (AZEVEDO, 2002), um maior reconhecimento e apoio institucional ao projeto da equipe parece ser importante para aumentar a motivação dos profissionais na obtenção de resultados positivos para a saúde e segurança dos servidores.

### **6.1.2. Trabalho em equipe multiprofissional de saúde**

Nesta unidade de estudo, foram abordados os temas da autonomia e das características do trabalho em equipe multiprofissional de saúde, na percepção dos sete membros da EMASS participantes da pesquisa.

#### **Autonomia**

No Capítulo III deste trabalho, foram apresentadas definições conceituais sobre esse termo, buscadas nos textos legais das políticas de saúde para o trabalhador e servidor público, das quais se pode destacar:

*“Autonomia* – Condição que caracteriza os humanos, que não são meros receptáculos de ideologias e valores predominantes.” (BRASIL, 2009d, p. 37). “No seu sentido etimológico, significa ‘produção de suas próprias leis’ ou ‘faculdade de se reger por suas próprias leis’. Em oposição à heteronomia, designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo.” (BRASIL, 2008, p. 54).

Para fins de análise desse tema abordado na pesquisa, por estar mais de acordo com o contexto e conceitos utilizados neste trabalho, foi utilizado o sentido de “capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo”.

Para obtenção de dados para análise, foram elaboradas duas questões sobre o tema. Uma aborda a percepção sobre a autonomia técnica e a outra sobre a autonomia administrativa e financeira da equipe. A autonomia técnica versa sobre o poder de decisão, individual ou coletivo, sobre os métodos e procedimentos adotados na atividade fim da equipe, que é a atenção integral à saúde aos servidores sob sua responsabilidade. A autonomia administrativa refere-se à capacidade da equipe de gerenciar os recursos instrumentais para um adequado trabalho, tais como espaço físico, mobiliário, equipamentos e recursos humanos. A autonomia financeira refere-se à disponibilidade dos recursos financeiros especificamente para o desenvolvimento dos trabalhos da equipe.

Dos sete entrevistados desse grupo, somente um percebeu uma autonomia técnica plena. Os outros seis consideraram existir autonomia técnica, porém com tentativas de interferência externa sobre o trabalho da equipe.

Quanto à financeira, os sete entrevistados não perceberam existir tal tipo de autonomia e sobre a administrativa, somente um entrevistado percebeu uma autonomia limitada, enquanto os demais não reconheceram esse tipo de autonomia para a equipe.

Autonomia técnica, relativamente. Na administrativa e financeira, a gente não trabalha isolado, depende de outros setores da instituição (EMASS 2).

Ela sofre bastante interferência [técnica] externa. [...] A gente tem que estar maduro suficiente para saber que isso vai acontecer. [...] A gente tem uma certa independência, porque nunca ninguém questionou porque a gente tá fazendo isso; senão já teriam questionado. [...] Financeira, não, né? [...] Administrativa acho que também não, porque a gente tem as amarras, mesmo [...] se a instituição não quer atender ela joga para Brasília. Se Brasília não quer atender, e geralmente não quer nesta parte, ela diz que a responsabilidade é da instituição (EMASS 3).

A resposta é tem. Ela [a equipe] tem autonomia técnica. Até porque a gente construiu isso, essa autonomia. Porque todos os profissionais que estão hoje

na equipe são profissionais, técnicos mesmo. [...] Administrativa e financeira, não! Ainda porque a gente não tem muito papel político. Talvez falte isso, um pouco (EMASS 5).

Eu percebo que a equipe tem autonomia [técnica], sim, e briga muito por isso. Mas que a gente sofre interferência externa, aí sofre. Eu acredito que é natural. [...] Nenhuma autonomia [administrativa e financeira]. E isso atrapalha muito, porque nossas condições de trabalho estão ficando cada vez mais precárias e isso está desgastando muito a equipe (EMASS 6).

No papel de observador participante, houve concordância com os entrevistados de que a equipe tem autonomia técnica. Percebe-se que existem tentativas de interferência externa em certas situações, o que foi interpretado com naturalidade pela equipe, e algumas vezes até como positiva, quando contribuiu para um melhor entendimento das condições que influenciam na saúde dos servidores atendidos. A autonomia da equipe foi respeitada, quando as tentativas de interferência não foram técnicas. As autonomias administrativa e financeira não existem. Até pela estrutura burocrática do serviço público, existe dependência da equipe ao modo de organização da instituição. A equipe atualmente dispõe de estrutura mínima para o desenvolvimento dos trabalhos, mas insuficiente para responder à integralidade da atenção à saúde e segurança dos servidores.

Pode-se entender que o volume de recursos disponibilizados para as atividades propostas pela equipe, possa estar vinculado à maior ou menor importância que os gestores das instituições deem à saúde dos seus servidores. É possível também que a não divulgação extensiva dos trabalhos da equipe, como será discutido em tema adiante, tenha influência sobre a obtenção desses recursos, considerados insuficientes pelos entrevistados. Uma maior divulgação da proposta de trabalho da EMASS, no âmbito das três instituições de ensino atendidas, talvez seja a ferramenta a ser utilizada para obter maior importância política e melhores condições de trabalho para a equipe.

Independente das causas que levam à deficiência nas condições de trabalho da equipe, a execução de uma política pública só é possível se houver adequadas condições de suporte para o desenvolvimento das ações propostas, o que é previsto nos preceitos legais. Na PNH, uma definição para “humanizar” é “[...] ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.” (BRASIL, 2004, p. 6).

A cobrança por resultados, aliada à falta de adequadas condições de trabalho, são citadas como importante fator de estresse nas atividades em saúde e é preciso buscar:

[...] novos meios de intervenção no ambiente de trabalho e organização das tarefas para promoção da saúde mental e bem-estar do trabalhador. Um passo significativo é o direcionamento de políticas públicas voltadas para saúde do trabalhador capazes de vislumbrar o estresse como um potencializador de danos à saúde dos trabalhadores (SILVA et al, 2008, p. 11).

Outro fator de estresse reconhecido é o envolvimento psicoemocional dos profissionais de atenção com o usuário. A pesquisadora Lúcia Silva, em publicação de 2009 sobre o sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção a pacientes com doença crônica, que demandam maior vínculo, como ocorre nos atendimentos por equipe multiprofissional, cita que é do cotidiano desses profissionais o convívio com a fragilidade humana e as expressões psicológicas do adoecer, como o medo, depressão, agressividade, entre outras. Por esse motivo ficam:

[...] expostos com mais frequência e mais intensidade diante de sua própria fragilidade e vulnerabilidade enquanto seres existentes. É no contato com o outro que o “eu” se constrói, se diferencia e se reconhece, e saber da dor do outro, da finitude do outro é saber da própria dor, da própria finitude. E nesta identificação humana com o doente, o profissional se reconhece como um ser aberto ao sofrimento porque também se reconhece frágil e vulnerável, passível de todas as possibilidades que a vida apresenta, sendo a morte a possibilidade mais certa (SILVA, 2009, p. 6).

### **Características do trabalho**

Esse tema proposto teve a finalidade de apreender como os profissionais participantes da pesquisa reconhecem as características do trabalho em equipe, tanto quanto aos seus conceitos teóricos, as dificuldades inerentes ao processo, suas potencialidades e as competências que permitem a atuação nessa forma de atividade.

Na tentativa de abordar esse tema foram elaboradas quatro questões para a entrevista. Uma delas questionou diretamente quais características seriam importantes para um adequado trabalho em equipe; outra era sobre a preferência para o trabalho individual ou coletivo e as outras duas sobre a percepção pessoal de dificuldades e vantagens do trabalho em equipe. O tema, no entanto, também apareceu de forma direta ou indireta em respostas a outras questões.

Quanto à questão sobre a preferência pelo trabalho individual ou em equipe, quatro entrevistados indicaram claramente preferir o trabalho em equipe; um entrevistado considerou não ter preferência, podendo trabalhar da mesma forma de um ou outro modo; um

entrevistado manifestou ter maior facilidade com o trabalho em equipe e outro disse se sentir melhor no trabalho individual, apesar de ambos terem considerado obter bom desempenho em ambas as formas de trabalho.

Eu gosto de trabalhar em equipe. Me agrega mais do que sozinha... você fica muito solitária, tendo que definir tudo da tua cabeça, então eu acho que tem mais ganho em equipe (EMASS 1).

Em equipe. [...] É a visão sistêmica e ela se impõe de que você deve atender sob outros olhares (EMASS 2).

Eu gosto dos dois, mas eu acho que sou mais individual (EMASS 4).

Acredito que não tenha problema para trabalhar de nenhuma forma, nem individual, nem em equipe, porque as duas formas tem prós e contras, têm suas facilidades e dificuldades (EMASS 6).

Sobre o reconhecimento das características e das competências para o trabalho em equipe multiprofissional, solicitadas na pesquisa, foram citadas pelos participantes: a interação entre as pessoas, os propósitos da atividade e os saberes dos profissionais; o respeito à especificidade de cada profissão; a flexibilidade e a conciliação na busca do consenso; a construção coletiva; a capacidade técnica dos profissionais e da equipe; a capacitação continuada como forma de equalização do conhecimento; a predominância do interesse coletivo; a necessidade da definição de diretrizes para o trabalho; a necessidade de liderança e mediação de conflitos; a visão sistêmica (biopsicossocial); a transparência e a confiança entre os membros; a adequada comunicação expressada como o saber falar, ouvir e calar; a motivação; o comprometimento; o reconhecimento; e a definição de uma identidade para a equipe.

Eu acho que interação. [...] cada um tem sua especificidade, mas esse conhecimento em campo, um pouco mais... num mesmo nível, eu acho que ajudaria, é... acho que sim (EMASS 1).

Eu penso que uma das premissas básicas do trabalho da equipe é a comunicação. [...] Eu acho que além da capacidade técnica, da *performance* de cada um, eu acho que tem um fator muito importante: a motivação, entusiasmo (EMASS 2).

Eu acho que o saber ouvir é... o saber calar, às vezes também...é importante. E o saber se expressar. [...] Outra coisa que eu acho, que é extremamente importante, é a confiança. A confiança que a gente tem que ter nos outros, nas outras pessoas da equipe, né? (EMASS 3).

Respeito à individualidade e depois a comunicação. Acho que hoje, eu diria que o principal está até na comunicação. [...] Claro, junto com isso vem motivação [...] (EMASS 4).

Flexibilidade, respeito, reconhecimento das várias áreas de atuação (EMASS 6).

Sobre as vantagens, decorrentes do trabalho em equipe, foi citada de forma unânime, a integração dos saberes. Também foram citados: o desafio como motivador para superar as dificuldades do trabalho coletivo; a integralidade como ganho para o usuário e para a equipe; o compartilhamento e a corresponsabilidade.

Eu acho que a troca de conhecimento, o olhar para a pessoa que você atende, não tão compacto, não só doença, mas te possibilita olhar o social, o espiritual, o emocional (EMASS 1).

Dividir responsabilidades, compartilhar dúvidas, e ter um olhar sobre o sujeito que você está atendendo, diferente do teu, faz com que você tenha uma visão que hoje é a proposta de uma visão biopsicossocial (EMASS 2).

Eu acho que a vantagem é exatamente a riqueza que a gente tem na discussão. [...] e eu acho que o trabalho em equipe é bem mais amplo (EMASS 7).

No quesito sobre as dificuldades reconhecidas pelos participantes, um membro afirmou não perceber dificuldade nessa forma de atividade coletiva. Os outros membros citaram: obter consenso, organizar e sistematizar os trabalhos, gerenciar o tempo para incrementar as atividades coletivas e conciliar com outras atividades desempenhadas individualmente e a comunicação, quando inadequada. Segue-se fala dos participantes da pesquisa sobre as dificuldades:

Questões que por vezes você aponta e as coisas não acontecem. [...] só que são questões não manifestas, elas são implícitas. Não se fala sobre isso, mas isso existe porque aquele emocional que não se fala, não se tem muita permissão para se falar (EMASS 4).

Algumas vezes, sim, porque os ritmos de trabalho das pessoas são diferentes. Acredito que até a maior dificuldade, além do ritmo, seja o pouco tempo que a gente tem para discutir (EMASS 6).

[...] então a gente precisa ter um espaço pra fazer pesquisa, prá estudar e tudo o mais. [...] É difícil a gente conciliar essas diferentes visões. Enquanto vencido, é uma frustração minha (EMASS 7).

Uma dificuldade específica desta equipe envolvida na pesquisa, e que foi apontada por todos os participantes, foi a falta de condições para um adequado trabalho coletivo, em especial em termos de espaço físico e de equipamentos. A sala reservada para a acomodação e o trabalho da equipe foi considerada de espaço insuficiente e os equipamentos disponibilizados insuficientes e ultrapassados. Não existia um recinto próprio e adequado para o atendimento ao usuário e para as reuniões da equipe que se obrigava a utilizar do improvisado. Esses fatores resultavam em evidente limitação e desconforto para exercício das atividades e,

na percepção pelos profissionais, da falta de reconhecimento institucional do trabalho e esforço empenhado pela equipe, como citado anteriormente.

Está previsto nas diversas legislações referenciadas neste trabalho que é necessário dar suporte para um adequado trabalho dos profissionais responsáveis pela atenção à saúde, visando obter resultados satisfatórios na execução das políticas públicas na área da saúde e segurança no trabalho (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2004; BRASIL, 2008; BRASIL, 2011)

Percebeu-se nesse tema abordado, que a equipe, apesar de não ter um programa de capacitação específica para o trabalho em equipe multiprofissional, reconhece as principais características dessa forma de trabalho coletivo, suas dificuldades, seus benefícios e potencialidades. Ficou evidenciado que existe um distanciamento entre a equipe e os gestores responsáveis por dar condições de trabalho aos profissionais, desrespeitando, dessa forma, o princípio da gestão em corresponsabilidade. Apesar de serem apontadas essas necessidades, de diversas formas e por diversas vezes, para os gestores aos quais a equipe é subordinada, a forma burocrática e verticalizada de administração no serviço público parece ser o principal óbice para essa forma inovadora de gestão (PINHO, 2006; AZEVEDO, 2002; RIBEIRO, 2013), pois as demandas não alcançaram ou não tiveram o devido reconhecimento pelos escalões responsáveis pelo atendimento das reivindicações.

### **6.1.3. Interdisciplinaridade**

Nesta unidade, buscou-se perceber o reconhecimento pelos profissionais da equipe dos conceitos teóricos do termo interdisciplinaridade e sua aplicação na prática, como a sua profissão é reconhecida pelo grupo e como cada profissional percebe a profissão dos demais membros, a interação entre esses profissionais e com outros profissionais e serviços alheios à equipe, mas com o mesmo foco de atenção à saúde.

#### **Domínio dos conceitos**

Como foi assinalado no Capítulo II – O Trabalho em Equipe de Saúde, para a pesquisadora Rosita Saupe, ao citar as aproximações de Japiassú (1976), o termo interdisciplinaridade caracteriza a possibilidade do trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas (SAUPE, 2005).

Apesar de não se encontrar uma tentativa de dar conceito teórico às diferentes formas de trabalho multiprofissional, pelos participantes desta pesquisa, somente um entrevistado

percebeu períodos em que o grupo atuava de modo transdisciplinar, no qual a interação dos saberes confunde as bases disciplinares num objeto comum:

Acho que... vejo que às vezes, dependendo do momento, a gente acaba não tendo muito da especificidade de cada um. Acaba sendo um todo. [...] Acho que acaba todo mundo, muitas vezes, fazendo a mesma coisa, e algumas questões que são específicas acabam... nós não estamos aproveitando (EMASS 1).

Os demais participantes deste grupo reconheceram, na prática, os dois fundamentos da forma interdisciplinar de trabalho multiprofissional que são a interação dos saberes e o respeito à especificidade de cada profissão, conforme se percebe pelos depoimentos:

Das outras categorias [profissionais] elas... elas contribuem para você olhar o servidor como um todo, determinado por múltiplos fatores, que não são iguais àqueles biológicos, àqueles relacionados ao quadro da saúde dele, física (EMASS 2).

É respeito à singularidade, identidade de cada um. [...] temos formações diferentes, não só formações, mas pressupostos mesmo, teóricos, ideológicos diferentes. [...] O crescimento envolve essa visão mesmo. Essa integralidade do servidor, dessa saúde do trabalhador, numa instituição, ela precisa dessa integração, desses diferentes olhares (EMASS 4).

Eu acho que sempre o conhecimento vem agregar. A gente não tem a visão do todo e discutindo sobre os casos, fica bem evidente a importância do conhecimento do outro (EMASS 7).

A interdisciplinaridade, como foi citado nos capítulos anteriores, é considerada um dos conceitos nucleares para consolidação das políticas públicas na área de saúde, importante caminho para a integralidade da assistência e o adequado cuidado às pessoas em suas múltiplas necessidades (BRASIL, 2004; AMORETTI, 2005; SAUPE, 2005). Dessa forma, o reconhecimento das suas peculiaridades no exercício da prática diária, como foi percebido pelos participantes neste tema abordado, pode ser considerado fator de integração da equipe e de efetividade nas atividades desenvolvidas.

### **Reconhecimento profissional**

Para que o trabalho em equipes multiprofissionais atinja o modo interdisciplinar de atuar, é necessário que seus membros reconheçam e respeitem o saber dos outros profissionais. Porém, também é importante que cada um perceba se o seu saber é reconhecido e respeitado pelos seus pares de equipe. Nesta pesquisa, o tema foi abordado por duas questões específicas que buscavam esse tipo de entendimento. Todos os entrevistados deste

grupo reconheceram a importância da atuação profissional dos demais membros da equipe e se perceberam importantes na sua área de atuação, conforme fica evidenciado abaixo:

Então acho muito importante o trabalho dos outros profissionais. Eu acredito em todos os que estão... cada um no seu jeito, mas em todos que estão trabalhando (EMASS 3).

Completamente [sobre a importância do trabalho dos demais membros]. [...] Então, no final eu acho que sou bem percebida, assim no sentido geral, eu acho que sim (EMASS 4).

Importantíssimo. A gente sabe que hoje cada profissional ali, hoje, é importante. [...] Mas eu me vejo importante. Vejo, assim, uma equipe como a EMASS, não ter um profissional da minha formação (EMASS 5).

Eu acho que meu trabalho é visto com bons olhos, eu acho que eles avaliam como um bom trabalho. [...] Eu acho que meu trabalho é visto com uma expectativa grande, que tem que dar conta justamente dessas questões que são exclusivas e que estão “pipocando” por aí na área da saúde do trabalhador [...] (EMASS 7).

Também houve manifestação da percepção de subutilização do seu saber profissional:

Um complementa o olhar do outro. [...] Eu percebo que a equipe não consegue visualizar todas as formas de contribuição que eu poderia dar. [...] Acho que se os demais conseguissem perceber, eu acredito que meu trabalho poderia ser melhor explorado (EMASS 6).

A equipe, na época das entrevistas, ainda tinha pouco tempo de efetiva atividade. Havia sido constituída há menos de um ano e ainda teve seu trabalho interrompido por quatro meses, devido ao período de greve estabelecido nas três instituições de ensino que compõem o SIASS-UFPR. Dessa forma, pareceu natural que os profissionais ainda estivessem em processo de adaptação da forma de trabalho proposta e em fase de conhecimento interpessoal e interprofissional. Mesmo assim, a maioria das manifestações foram pelo reconhecimento do valor dos outros saberes e da percepção de que seu trabalho era reconhecido.

### **Relação com outros profissionais e serviços**

Ao se reconhecer que a integralidade da atenção à saúde dos servidores necessita de interação com outros profissionais de saúde alheios à equipe e também com outras instituições de atenção à saúde e segurança no trabalho, foram formuladas perguntas específicas na pesquisa sobre o tema.

Todos os profissionais participantes da pesquisa reconheceram a importância de integrar ações com outros profissionais e instituições com foco na atenção à saúde e

segurança no trabalho. No entanto, todos também manifestaram que essa relação inexistia ou era insuficiente.

O SIASS-UFPR, além da EMASS e do SAPS, tem um serviço de vigilância à saúde e segurança no trabalho – o SESAO, que é responsável pela avaliação dos ambientes de trabalho e algumas ações de promoção à saúde. A integração entre esses serviços ainda é pobre. É mais estreita entre o SAPS e a EMASS, talvez por estarem mais próximos fisicamente e nas atividades desenvolvidas, enquanto o SESAO fica localizado distante deles, aproximadamente cinco quilômetros, como vimos no Capítulo III – Políticas Públicas em Saúde do Trabalhador.

Não vejo uma integração, não acho que tenha um senso comum de propósito. [...] eu não sinto proximidade (EMASS 1).

Vejo com problemas. Considerando que o SIASS é assistência, promoção, vigilância e perícia, acho que tínhamos que trabalhar mais juntos, né? (EMASS 2).

Bom, tem tudo a ver, né? Faz parte do eixo, mas quanto à integração é pouca. Muito pouca. É uma pena porque muita coisa poderia ser melhorada. [...] A gente trabalha com a ponta, com o problema já instalado, mas retratar isso na questão de melhorar, não existe vigilância (EMASS 5).

Eu acho que a gente é muito próximo da perícia, eu entendo que até as vezes a gente está dentro da perícia, mas que a gente deveria ter um trabalho próximo das equipes de vigilância, pensando nas estatísticas, nos dados que eles produzem, a questão dos acidentes de trabalho, que tipo de acidente, quem pode atuar naquela área, o pessoal de enfermagem pode fazer algum tipo de capacitação. [...] Então eu acho que deveria ter um trabalho com proximidade maior, mas não está tendo (EMASS 7).

Quanto à interação com outros serviços alheios ao SIASS-UFPR, há o reconhecimento tanto da importância e da necessidade, quanto da atual deficiência nesse relacionamento, como fica evidenciado a seguir:

Acho que a gente, talvez, precise porque por se tratar de uma universidade, tem internamente muita coisa que a gente poderia estar usando, mas tem que refletir para que, né? (EMASS 1).

Nós temos conhecimento de outras instituições que podem atender nossos servidores, mas é independente de acordo ou convênio (EMASS 2).

De novo, eu acho que falta comunicação, porque a gente pode encaminhar para as diversas clínicas que existem, as diversas escolas, da rede SUS, todas as redes que existem. Isso tá permitido, é possível. Só acho que não é bem formalizado (EMASS 4).

Existe um movimento antigo para aproximar esses três serviços do SIASS-UFPR (SAPS, SESAO e EMASS), tanto no espaço quanto nas atividades, o que, na visão de todos,

seria benéfico à equipe e aos usuários, mas até o momento essa reivindicação não foi atendida.

Nesta unidade “Interdisciplinaridade”, percebeu-se que, como na unidade anterior, apesar de não haver capacitação teórica específica para o exercício do trabalho em equipe, na prática os profissionais reconheceram os dois fundamentos da forma interdisciplinar de trabalho multiprofissional, que são a interação dos saberes e o respeito à especificidade de cada profissão (SAUPE, 2005; BRASIL, 2008, 2009c). A importância e a necessidade de interação com a unidade de vigilância, responsável pelos ambientes de trabalho, e com outros profissionais e instituições alheias ao SIASS-UFPR também foi reconhecida.

Em relação aos resultados apontados na análise dos dados coletados para esse primeiro grupo de categorização, “Profissionais da Equipe Multiprofissional em Saúde”, pôde-se ressaltar alguns aspectos como a percepção de protagonismo e atuação dos profissionais como sujeitos no trabalho interdisciplinar, tanto na forma individual, quanto coletiva; a busca de capacitação predominando a motivação pessoal sobre o incentivo institucional e o sentimento de falta de reconhecimento institucional à equipe, especialmente pelas inadequadas condições de trabalho que lhe são oferecidas.

Em sua dissertação de mestrado no ano de 2009, a pesquisadora Elsa Thomé de Andrade, ao analisar o processo de implementação da política de atenção à saúde e segurança no trabalho para os servidores públicos federais em instituições piloto no Rio de Janeiro, apontava que:

As equipes dos serviços de saúde do trabalhador das duas instituições são capacitadas e envolvidas com a área, têm visão da necessidade de mudança de ações fragmentadas para o conceito de visão mais integral da saúde no trabalho. Mas há pontos críticos: a falta de orçamento destinado à saúde, equipe pequena em relação à demanda além de entraves políticos e administrativos. Os trabalhadores dos setores responsáveis ST [Saúde do Trabalhador] tendem a realizar um trabalho aquém das diretrizes da Política Nacional e Segurança e Saúde do Trabalhador, nas quais se inscrevem suas convicções de um modelo a ser implantado de acordo com o conceito amplo da saúde no trabalho (ANDRADE, 2009, p. 94).

Assim, comparando-se as duas situações, que estão separadas por um intervalo de cinco anos, percebeu-se que nenhuma mudança significativa ocorreu em relação à realidade encontrada nos serviços responsáveis pela saúde e segurança dos servidores e no que é

previsto nos princípios e nas diretrizes das políticas vigentes, que deveriam nortear as ações a serem desenvolvidas nesse campo.

Dentro da discussão dos temas desse primeiro grupo e como contribuição à construção da proposta de política para a saúde e segurança dos servidores públicos, sugere-se que certos cuidados devam ser tomados numa proposta de política pública fundamentada nos princípios da Saúde Coletiva, como a utilização de certos termos que foram encontrados na minuta da proposta de política, tais como “uniformização e padronização de procedimentos” e “elaborar e implementar protocolos técnicos” que, de um certo modo, levam à noção de engessamento, verticalização e hierarquização nas ações em saúde. Essas expressões podem indicar contradição com os conceitos de “horizontalidade”, “respeito à subjetividade, ao conhecimento, às habilidades e atitudes dos profissionais”, “autonomia”, “protagonismo”, “produção de sujeitos e coletivos”, “corresponsabilidade”, “valorização dos atores” “saber popular e tradicional” que são encontrados nas publicações acadêmicas e na própria legislação em saúde. Além disso, podem indicar desconsideração às características regionais de um país de dimensões continentais como o nosso. Talvez fosse mais adequado utilizar termos como “elaboração de orientações técnicas para os procedimentos”, que respeitariam a necessidade de estabelecer orientações acerca dos procedimentos, mas possibilitaria o exercício da tomada de decisão responsável, em determinadas situações, o que é inerente à atividade em saúde.

“Diz-se que o trabalho é cada vez mais intelectualizado, entretanto, a atualidade do estresse comprova o quanto o corpo é solicitado no trabalho. Diz-se que ele exige mais iniciativas, enquanto que por toda parte se desenvolve a padronização dos procedimentos” (SCHWARTZ E DURRIVE, 2010, p. 23).

Também, a própria denominação da política deve merecer atenção. Quando se usa o termo “atenção à saúde e segurança do trabalho” remete-se à crítica de alguns autores ao termo “Medicina do Trabalho” (NARDI, 1997), já citado neste estudo, de que a “Medicina” deveria ser “do Trabalhador”. Da mesma forma a política, sugere-se que deveria ser denominada “atenção à saúde e segurança no trabalho” pois, em princípio, é o “servidor” que necessita de saúde e segurança e não o “trabalho” dele.

## **6.2. GESTOR DE RECURSOS HUMANOS DO SERVIÇO PÚBLICO**

O segundo grupo temático, “*Gestor de Recursos Humanos*”, foi dividido em duas unidades: “*Políticas públicas*” e “*SIASS E EMASS*”. Na primeira, “*Políticas públicas*”,

buscou-se reconhecer, a partir da entrevista com o gestor de recursos humanos de instituição pública, o seu grau de conhecimento das políticas em saúde e segurança instituídas e da proposta de política em construção. Buscou-se perceber também a sua participação, ou não, na elaboração e desenvolvimento dessas políticas, como forma de correlacionar as respostas com as diretrizes das citadas políticas, especialmente no tocante à sua construção de modo coletivo e horizontalizado. Na segunda unidade, “*SIASS E EMASS*”, buscou-se entender o grau de conhecimento sobre essas entidades, ambas como executoras da proposta de política pública em saúde e segurança para os servidores e o grau de participação na construção delas. Também se buscou perceber o reconhecimento e as expectativas a respeito das atividades realizadas. A abordagem, nessa segunda unidade, buscou identificar a existência, ou não, do princípio da corresponsabilidade na gestão da política pública com os profissionais de atenção à saúde e os usuários.

O conteúdo da entrevista ficou prejudicado pela recente troca ocorrida na coordenação de atenção à saúde do servidor. O atual gestor, que fora empossado há aproximadamente três meses na época da entrevista, anteriormente não fazia parte da Unidade SIASS-UFPR. Trata-se de um servidor público federal ligado à assistência à saúde do público do SUS em uma unidade hospitalar por mais de vinte anos e com atividade sindical de alguns anos. O gestor anterior era servidor vinculado ao SIASS e tinha participado da criação da Unidade SIASS e da EMASS.

**Tabela 3: Grupo 2 – Gestor de recursos humanos - unidades e temas utilizados na análise dos dados coletados para discussão e obtenção dos resultados.**

<b>GRUPO</b>	<b>UNIDADES</b>	<b>TEMAS</b>
Grupo 2: Gestor de recursos humanos	Políticas públicas	Grau de conhecimento
		Grau de participação
	SIASS e EMASS	Grau de conhecimento
		Grau de participação
		Reconhecimento e expectativas

### **6.2.1. Políticas públicas**

O entrevistado foi indagado sobre as duas políticas públicas instituídas, diretamente relacionadas à saúde e segurança do trabalhador, a PNH e PNSST e também sobre a proposta de política para os servidores públicos (PASS).

#### **Grau de conhecimento**

Sobre o grau de conhecimento das duas políticas instituídas e a proposta de política em construção, as respostas demonstraram um vago conhecimento por parte do novo coordenador, como se pode observar a seguir:

Eu conheço que é uma política de humanização que foi criada em 2002 – 2003, né... que foi através do Ministério da Saúde. Acredito que seja o mesmo dentro do governo federal. E aí foi criado para... uma política vinculada ao Ministério da Saúde, prá promover mudanças dentro dos modelos de atenção à saúde, que era a questão de gestão, de foco no cidadão, que foi também integrada, não só prá saúde, digamos assim a nível federal mais ligada aos hospitais [sobre a PNH].

Ouvi falar que é uma política que foi articulada através do Ministério do Trabalho, juntamente com a Previdência Social, prá... com o intuito de melhorar as condições de trabalho, a nível de qualidade de vida, da integridade física, de ambiente... mais ou menos isso que eu sei [sobre a PNSST].

Bom, é... Eu sei pouco sobre ela, li alguma coisa e eu sei que ela é uma política também criada pelo governo, só que junto com o Ministério do Planejamento, numa estratégia de gestão de pessoas para trabalhar a questão de saúde do servidor público na promoção e na assistência [sobre a PASS].

Em resposta à questão formulada sobre a percepção pessoal de que as políticas instituídas pudessem ser aplicadas à proposta para a saúde e segurança dos servidores públicos, provavelmente em função do pouco conhecimento sobre as políticas, as respostas foram vagas.

Eu acredito que sim, porque ela rege o princípio do SUS, né? Então acredito que se aplicaria, sim, dentro da saúde do servidor [sobre a PNH].

Eu acredito que sim, porque na verdade a intenção, a proposta dela vai de encontro também com a saúde do trabalhador. Seria a qualidade de vida, a saúde... acho que independente do regime de trabalho, o objetivo da saúde, acho que ela se aplica nos dois casos [sobre a PNSST].

#### **Grau de participação**

Nas respostas sobre as questões que buscavam perceber o grau de participação do entrevistado na construção das políticas públicas focadas, as respostas anteriores já indicavam a não participação, o que ficou confirmado nas respostas específicas:

Bem, dentro da coordenação ainda não. Dentro da minha vida profissional, a gente participou de algumas situações, de alguns grupos de saúde do trabalhador, mas sempre com a intenção de criar uma política, mas sempre cobrando da instituição, uma política e... se algumas destas políticas foram utilizadas nas nossas discussões, eu não sei dizer. Eu acredito que não.

No entanto, quando a pergunta foi sobre quem seria responsável pela construção de uma política para o servidor público, apareceu a questão da construção coletiva:

Aí eu já acho que tem que ser uma ação conjunta, coletiva. Eu acredito que deva ser uma política institucional da gestão de pessoas da Universidade Federal do Paraná, hoje, e também, como eu disse, conjunta com as entidades que representam essa categoria, ou seja os sindicatos, a associação dos professores, porque acho que uma política construída em conjunto, não só com a minha coordenação, só com a gestão de pessoas, não atingiria todos os objetivos. Acho que tem que ser uma construção coletiva com todos os interessados.

O pouco conhecimento, e a não participação nas políticas abordadas, por parte do gestor entrevistado, poderiam ser justificados pelo pouco tempo em que está no exercício do cargo de confiança da administração da instituição. No entanto, se forem considerados o seu tempo de serviço público de mais de vinte anos e o período de exercício em atividade sindical, pôde-se perceber que foram desconsiderados os conceitos da Saúde Coletiva e Saúde do Trabalhador e as próprias diretrizes das políticas públicas correlacionadas ao tema, que estabelecem que a construção das políticas públicas deva ser de forma horizontal e coletiva.

Em seu trabalho de 2009, a pesquisadora Elsa Thomé de Andrade, também apontava que “[...] a PNSST não é conhecida e/ou entendida por todos os gestores e, assim, o envolvimento para realização se distancia das prioridades gerenciais e muito mais ainda serem seguidas as diretrizes e as responsabilidades norteadas para ações transversais e intersetoriais” (ANDRADE, 2009, p. 93 – 94), o que evidencia uma semelhança da situação atual com a de cinco anos atrás.

### **6.2.2. SIASS e EMAS**

Nesta segunda unidade, também se buscou entender o grau de conhecimento e participação na construção dessas entidades que são executoras da política pública, em saúde e segurança, proposta para os servidores. A abordagem nessa segunda unidade buscou a existência, ou não, do princípio da corresponsabilidade na gestão da política pública com os profissionais de atenção à saúde e os usuários.

## **Grau de conhecimento**

As respostas sobre o tema, obtidas na pesquisa, demonstraram um parco conhecimento sobre o assunto:

Bem, se não me falha a memória, foi criado em 2009 – não sei se 2009 ou 2010 – foi uma intenção do governo federal, pelo que eu sei assim, em relação à algumas correções e distorções que haviam dentro da saúde dos servidores públicos federais, em termos de informações, vigilância, até mesmo de saúde suplementar... existiam alguns órgãos que tinham saúde suplementar, outros não... tinham atenções específicas à saúde. E aí foi criado o SIASS para tentar corrigir estas distorções que haviam a nível nacional, que acho que já vinha através de outros apontamentos de saúde lá atrás que eles chegaram a essa iniciativa, a essa criação desse sistema de saúde [Sobre o SIASS].

Acredito que não cem por cento, mas conheço [sobre as atribuições da EMASS].

Em questão que abordava o reconhecimento de dificuldades no exercício das atribuições da EMASS, o entrevistado manifestou:

Eu acho que assim, a questão da comunicação, [...] mas a comunicação que eu digo de dentro para fora. Divulgação. De como é o trabalho, que as pessoas conheçam o trabalho. Outra situação que eu vejo de dificuldade são a definição de papéis. [...] Prá mim, coordenadora, ou enquanto usuária, antes de ser coordenadora, não tenho claro isso, essa definição de papéis. [...] A dificuldade de ter tempo e ter pessoas, e ter uma capacitação, uma reciclagem. A outra coisa é a questão de protocolos e fluxo. Quando você tem definição quanto aos papéis, protocolos e fluxos, isso reflete no atendimento e na melhora da comunicação.

Se confrontadas as percepções das dificuldades apontadas pelos profissionais da EMASS, na primeira categorização desta análise de dados (“Profissionais da Equipe Multiprofissional em Saúde”) no tema “Características do trabalho”, com as percebidas pelo gestor nesta unidade, percebe-se certo grau de coincidência (a comunicação, a capacitação, os recursos humanos, a identidade da equipe e os protocolos). Uma dificuldade citada por todos os profissionais da equipe e não reconhecida, ou pelo menos não apontada, pelo gestor foi a falta de condições estruturais (espaço físico, equipamentos, etc.) para o desempenho das atividades. Mesmo que sejam considerados os três meses da nova gestão, percebe-se a coincidência entre certas demandas apontadas pela equipe e o (re) conhecimento delas pelo gestor, condição necessária para apontar ações na resolução das dificuldades apontadas.

Quando questionado sobre quem seria responsável pela solução das dificuldades, vem o entendimento da corresponsabilidade de gestão.

Eu acho que todos. A equipe inteira, com o apoio e colaboração da coordenação e com estas ideias que a gente pode trazer para dentro da equipe. Acho que não só da equipe, quem tá dentro da equipe, mas acho que quem tá fora, participando e que tenha uma outra visão.

### **Grau de participação**

Apesar de não ter pergunta específica na pesquisa, o entrevistado não participou da construção da Unidade SIASS-UFPR instituída em fevereiro de 2011. Também, como se percebe na resposta à questão específica, não houve participação na criação da EMASS:

Não. Quando assumi a gestão, ela já estava em andamento [sobre a criação da EMASS].

Em questão formulada sobre o acompanhamento do desenvolvimento dos trabalhos da EMASS, a percepção do entrevistado era de pouca participação, o que foi atribuído ao pouco tempo de exercício no cargo:

Eu tenho acompanhado um pouco do trabalho. Eu não tenho conseguido, ainda, acompanhar as reuniões, as discussões de casos. Isso eu ainda não tenho conseguido acompanhar. Só mesmo o trabalho que a equipe desenvolve, pela exiguidade de tempo que estou na gestão, em torno de três meses... até tenho interesse em participar.

Apesar de que, como anteriormente citado, as respostas tenham sido prejudicadas pela recente troca na coordenação de atenção à saúde, chama a atenção o fato de que o novo coordenador tenha sido escolhido pela gestão de recursos humanos da instituição, sem ter conhecimento da área que assumia e também o seu pouco conhecimento sobre as políticas que afetam diretamente a sua vida funcional de mais de vinte anos no serviço público.

### **Reconhecimento e expectativas**

Em questão específica da expectativa sobre a atuação da EMASS, o gestor manifestou a necessidade de melhorar o atendimento dos servidores afastados do trabalho, pela atenção aos aspectos biopsicossociais que interferem na recuperação da saúde, visando a abreviação do período de reabilitação e reinserção funcional destes servidores:

A minha expectativa é assim... melhorar a questão da reabilitação, da integração do indivíduo no trabalho, o quanto antes possível. Trabalhar mais com a questão de visita domiciliar, quando do afastamento do trabalhador, que eu acho que a gente poderia trabalhar mais próximo. Mais próximo que eu digo, é saber mais como este indivíduo tá se recuperando, se ele tá tendo uma boa eficácia, se ele tá aderindo ao tratamento, se ele tá sendo bem assistido, qual é a dificuldade que ele tá tendo nesse período de afastamento

e de reabilitação. Não entendo a reabilitação quando ele está pronto para trabalhar.

Apesar de se ter uma primeira impressão, nesta fala transcrita, de um padrão de Saúde Ocupacional, na qual a atuação multiprofissional tem por meta a recuperação da força de trabalho, acredita-se que o contexto seja o da recuperação da saúde pela atenção às necessidades biopsicossociais e, como consequência disto, a recuperação da capacidade laborativa e do bem-estar do servidor, o que estaria mais de acordo com os conceitos da Saúde do Trabalhador. O que se percebe, no entanto, é a falta de reconhecimento de que essa é a proposta de atenção integral da EMASS, desde a sua criação, acrescentando à fala o cuidado com as condições e com os ambientes de trabalho do servidor em atendimento.

Dos resultados apontados na análise dos dados coletados para esse segundo grupo de categorização, “Gestor de Recursos Humanos”, pode-se destacar o pouco conhecimento do atual gestor de recursos humanos sobre a atenção à saúde e segurança do servidor, tanto em relação às políticas públicas relacionadas à sua área de atuação, quanto das entidades responsáveis pela execução dessas políticas, o SIASS-UFPR e a EMASS, que estão a ele institucionalmente subordinadas. Pode-se atribuir parte desse parco conhecimento ao pouco tempo de exercício no cargo, como foi citado, mas também pelo fato de ter sido escolhido para a gestão da atenção à saúde dos servidores sem conhecimento ou experiência anterior nesse campo de atividade. Também se percebe o reconhecimento por parte do gestor, da importância teórica da construção coletiva e gestão compartilhada e com corresponsabilidade o que, na prática, até o momento da realização da pesquisa, não havia deflagrado nenhum movimento nesse sentido pela gestão. A crítica a essa dissociação entre a teoria e a prática é encontrada em publicações sobre o tema (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

### **6.3. USUÁRIOS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

Este terceiro grupo da categorização de dados foi dividido em três unidades: “*Proposta de política para o servidor público*”, “*SIASS E EMASS*” e “*Compreensão do trabalho da equipe*”. A primeira e a segunda foram semelhantes às unidades do grupo anterior, porém focando somente a proposta de política para os servidores públicos e foram buscados os mesmos entendimentos, mas do ponto de vista pessoal do usuário atendido pela equipe multiprofissional. Na terceira unidade, “*Compreensão do trabalho da equipe*”, foram abordados temas como “*acolhimento*”, “*percepção da proposta de trabalho*” e a

“*expectativa*”. Nesta unidade, buscou-se a relação dos resultados com os conceitos de humanização do atendimento e da eficiência nas ações desenvolvidas.

Participaram da pesquisa, neste grupo, cinco servidores públicos que foram atendidos pela EMASS e já tinham seus atendimentos concluídos.

**Tabela 4: Grupo 3 – Usuários da equipe multiprofissional - unidades e temas utilizados na análise dos dados coletados para discussão e obtenção dos resultados.**

GRUPO	UNIDADES	TEMAS
Grupo 3: Usuários da EMASS	Proposta de política para o servidor público	Grau de conhecimento
		Grau de participação
	SIASS e EMASS	Grau de conhecimento
		Grau de participação
	Compreensão do trabalho da equipe	Acolhimento
		Percepção da proposta do trabalho da equipe
Expectativa		

### 6.3.1. Proposta de política pública para o servidor público

Partindo-se do princípio de que as políticas públicas impactam diretamente sobre o público a que se destinam, buscou-se entender, nesta unidade, a percepção dos servidores entrevistados, usuários do atendimento da equipe multiprofissional, quanto aos princípios e diretrizes da proposta de política de saúde e segurança para os servidores públicos federais.

#### Grau de conhecimento

Nenhum dos cinco participantes da pesquisa, nesse grupo, manifestou conhecer a proposta de política de saúde e segurança para o servidor público federal que está em construção no Governo Federal.

Também não! Nunca ouvi falar a respeito disso (Usuário 1).

Não! Não assim... posso ter ouvido em alguma conversa, mas nunca me interessei, nunca procurei saber o assunto, não sei do que se trata. Imagino, mas não sei (Usuário 2).

Não. Também nunca ouvi falar (Usuário 5).

### **Grau de participação**

Como consequência das respostas ao tema anterior, fica clara a não participação na construção dessa proposta de política, por nenhum dos participantes desse grupo na pesquisa.

Diante desses resultados, percebe-se que há desconhecimento e nenhuma participação dos servidores na construção de uma política que pode impactar diretamente sobre a sua saúde e segurança no trabalho. Tal resultado pode ser consequência de uma não divulgação extensiva sobre o tema, o que levaria ao desconhecimento da proposta e não participação na sua construção.

### **6.3.2. SIASS e EMASS**

Concordante com as unidades dos grupos anteriores que abordaram esse mesmo tema, buscou-se perceber o grau de conhecimento sobre a atuação do SIASS e da EMASS e também a participação, ou não, na construção ou desenvolvimento dessas duas entidades executoras da proposta de política, anteriormente citada.

### **Grau de conhecimento**

Todos os participantes deste grupo manifestaram ter nenhum ou pouco conhecimento das duas entidades antes de necessitarem do atendimento delas, conforme se pode perceber:

Eu não conhecia. Fiquei sabendo na hora [sobre o SIASS]. Também não conhecia. Fiquei sabendo lá, nessa época que fui encaminhada [sobre a EMASS] (Usuário 1).

Na realidade conheço por cima, né? A forma que tá sendo... me parece que teve uma reforma recente na maneira administrativa, [...]. Já sei que trabalha com esta questão do adoecimento, se precisa remanejar, o acompanhamento... isso tudo eu tive [sobre o SIASS]. Que você sabe que tem, mas eu não sabia a equipe que estaria lá, quem seria, não! Nem a forma de trabalhar. Eu fui informada quando eu cheguei lá, [...] teria que passar por uma equipe multidisciplinar, que me chamariam no momento oportuno e que demandaria de uma resposta posterior, e foi o que aconteceu [sobre a EMASS] (Usuário 2).

### **Grau de participação**

Nenhum participante manifestou ter participado da construção das duas entidades em questão.

Do ponto de vista dos profissionais da equipe multiprofissional, houve reconhecimento da contribuição dos usuários atendidos através do retorno deles, provocado pelos profissionais ou de forma espontânea, sobre o atendimento realizado, mesmo que esses usuários não tenham essa percepção:

Contribuem. No cotidiano do trabalho, eles dão *feedback*. O *feedback* é importante e acho que faz avançar ou rediscutir as estratégias do atendimento (Profissional 2).

Talvez uma forma de melhorar a participação dos usuários, no desenvolvimento dos trabalhos da equipe, seja a aplicação de uma pesquisa de pós-atendimento para que esses servidores possam se manifestar e contribuir com o aperfeiçoamento das ações na busca da atenção integral.

Nesta unidade de avaliação de dados, o desconhecimento sobre as entidades, anterior ao atendimento e nenhuma percepção de participação desse grupo de servidores no desenvolvimento dos seus processos de trabalho também pode ser consequência de uma não divulgação extensiva, o que levaria ao desconhecimento da proposta de trabalho e a não participação na construção das tais entidades.

De qualquer modo, o pouco conhecimento e a não participação na construção da proposta de política e sobre as entidades executoras dela, demonstra que os princípios de construção coletiva e horizontalizada com corresponsabilidade de gestão não estão sendo atendidos, como previsto nos textos legais.

### **6.3.3. Compreensão do trabalho da equipe**

Nesta terceira unidade foram abordados os temas *acolhimento*, *percepção da proposta* e a *expectativa* sobre os trabalhos desenvolvidos pela equipe. Através da análise dos dados, buscou-se perceber a relação dos resultados com os conceitos de humanização do atendimento e a eficiência nas ações desenvolvidas.

#### **Acolhimento**

No momento em que o servidor encaminhado para a EMASS tinha seu primeiro atendimento agendado, era solicitado que ele preenchesse um questionário com dados pessoais, sociais, de trabalho e do tratamento a que estava sendo submetido. Também eram fornecidas informações iniciais a ele sobre a forma de atendimento e o processo de trabalho da equipe que o atenderia.

De posse desse questionário e dos dados contidos no formulário de encaminhamento pela perícia em saúde, a equipe multiprofissional fazia o primeiro atendimento ao servidor, de forma coletiva, com a presença de um médico do trabalho, um psicólogo, uma assistente social, um enfermeiro do trabalho e uma terapeuta ocupacional. No momento inicial, um dos membros da equipe recepcionava o servidor e apresentava todos os outros membros presentes

com suas respectivas especialidades. Também o servidor era informado sobre a confidencialidade das informações por ele prestadas. O membro que acolhia o servidor coordenava a reunião seguindo um roteiro pré-estabelecido, com abertura para questões complementares não previstas e também para intervenção dos outros membros, quando necessário, processo que é explicitado pelos usuários do serviço:

Ele me explicou como seria o processo, o atendimento, e aí eu tive mais o processo de mudança, de remoção do setor, que também foi explicado tudo certinho como seria o procedimento (Usuário 1).

Eu fui um pouco assustada, porque a gente não conhece, não sabe o que você vai enfrentar, mas na realidade ali foi um círculo de bate-papo, foi muito interessante isso. [...] e aquele dia eu fui assustada e voltei tranquila. Achei muito interessante (Usuário 2).

O momento inicial é de apreensão, na expectativa do que vai acontecer. No atendimento, no início eu estava, vamos dizer assim, com medo pelo que poderia vir a acontecer. A equipe acaba deixando o entrevistado mais à vontade e a gente pode colocar o que a gente sente em relação ao procedimento de voltar ao trabalho e o que a gente espera (Usuário 3).

Primeiro, eu fui atendida por um médico [perito] que na verdade não me atendeu nada bem. Ele falou: ‘nossa, você nem começou ainda [fazia poucos meses que tinha sido admitida] e já veio procurar a junta médica’. Não foi nada acolhedor, até porque eu tava me sentindo bem mal e ele acabou me deixando pior na época. [...] Com esta equipe daqui eu consegui explicar meus problemas, [...] Aquela reunião que a gente teve me ajudou muito. Fui orientada e até me senti acolhida... alguém me ouviu, pude falar, pude desabafar, sabe? (Usuário 5).

As falas transcritas demonstram a importância do acolhimento em serviços de saúde. A expectativa, a insegurança, a ansiedade, entre outros sentimentos possíveis num primeiro atendimento, além de uma experiência negativa prévia, podem interferir diretamente no resultado de todo o trabalho. O conteúdo das falas transmite a impressão de que a equipe apresenta uma abordagem adequada e humanizada.

### **Percepção da proposta do trabalho da equipe**

Nesta unidade buscou-se entender a forma como os usuários percebiam a proposta de trabalho da equipe, do início até a conclusão do atendimento:

A primeira vez que você dá de cara com uma doença grave, você se assusta muito, você fica sem saber o que vai fazer, o que você espera, o que não espera [...] Se não tivesse a equipe iria ser bem difícil para mim, porque eu não ia saber como proceder, eu não saberia como sair dessa situação. Então, nessa parte da área trabalhista, quem me deu suporte foram eles. Foram eles que me conduziram, que tiveram a calma... faça isso, faça aquilo... e todo

carinho, foi bem carinhoso porque eles ligavam para casa, pra saber como eu estava... [...] Ele me explicou como seria o processo, o atendimento, e aí eu tive mais o processo de mudança, de remoção do setor, que também foi explicado tudo certinho como seria o procedimento. [...] Eu acho muito válido e eu acho que foi o melhor suporte que eu tive dentro da universidade, foi aquela equipe lá. Eu me senti acolhida e protegida (Usuário 1).

E teve profissionais diferentes e eu também achei muito... que são visões diferentes. Pessoas diferentes com visões diferentes, porque eu considerei, mais tarde, depois da melhora, admiti que era uma coisa relacionada com o que eu estava fazendo, a minha atividade, e ali eu vi que você... as pessoas fazem perguntas direcionadas que você não para prá pensar muito [...] (Usuário 2).

Foram feitas duas entrevistas [com a chefia no local de trabalho]. Nelas eu senti apoio da equipe que estava acompanhando, me acompanhou junto com a chefia, e eu me senti mais confortável, e também motivada a voltar ao setor em que eu estava, só que em outra função (Usuário 3).

Eles fizeram as perguntas a respeito do meu trabalho, queriam saber o que eu tava fazendo e o que não estava. [...] que era só o que eu podia em função da minha dificuldade, porque o problema poderia piorar se eu fizesse esforço, e eu teria que me afastar novamente. Eles disseram o que eu poderia e não poderia fazer. Depois um membro da equipe veio para reunião comigo e a chefia e depois me acompanhou por mais ou menos quatro meses, prá ver se estavam respeitando as minhas dificuldades no trabalho.

Em todas as falas dos participantes deste grupo percebeu-se que, cada um a seu modo, entendeu o trabalho da EMASS na busca de uma atenção integral à saúde respeitando as necessidades biopsicossociais desses servidores que buscavam a recuperação da saúde, da capacidade para o trabalho e o bem-estar.

### **Expectativa**

Neste tema buscou-se entender como o servidor percebeu a conclusão do trabalho da equipe multiprofissional em relação à sua expectativa inicial, anterior ao início dos trabalhos e também se o atendimento prestado foi considerado adequado:

Eu não esperava, no serviço federal, um atendimento como eu tive. Foi ótimo, principalmente porque eu fiz mais duas cirurgias depois. Eu tava bem assustada na época, tava, vamos dizer... tava surtada mesmo... eu não sabia o que ia acontecer comigo, eu não sabia o que ia acontecer com a minha profissão, eu não sabia toda essa parte... [...] Eu acho que é importantíssimo ter esse acompanhamento, essa delicadeza com a hora que você mais precisa, que é a hora que você tá doente e alguém do teu trabalho te coloque em segurança, te deixe bem à parte de tudo que vai acontecer. (Usuário 1).

Eu fiquei feliz com a conclusão, porque foi exatamente o que eu desejava nesse momento. Era conseguir esse olhar das pessoas que estavam lá... olhassem e vissem que eu tinha condições de voltar a trabalhar dentro de um

ambiente hospitalar, dentro da unidade crítica, sem nenhum problema (Usuário 2).

Eu estava desesperada e queria sair de lá [do local de trabalho] a qualquer custo, e o que falavam pra fazer eu fazia pra sair de lá. Meus colegas diziam que eu não iria conseguir sair e isto me dava mais desespero. Quando eu tive a primeira reunião com a equipe achei a conversa bem boa, me ajudou bastante em matéria de esclarecimento, mesmo. Tirou de mim várias dúvidas. Hoje ainda tenho problemas com alguns colegas de minha equipe, mas em relação aos pacientes estou muito tranquila. O resultado não atendeu minha expectativa inicial, porém me ajudou a conseguir continuar lá dentro. Aquela reunião que a gente teve me ajudou muito (Usuário 5).

Todos os participantes da pesquisa, neste grupo, demonstraram concordância com a conclusão da equipe, até mesmo aquele que não teve sua expectativa inicial atendida, pois o que ele necessitava era ser ouvido, esclarecido e apoiado no seu trabalho. Todos também entenderam a proposta de trabalho e a consideraram adequada.

Dentro da proposta de análise para este tema, percebeu-se que o atendimento da equipe aos usuários participantes da pesquisa foi entendido como de integralidade na atenção, de forma humanizada e que os objetivos foram alcançados, o que traduziu eficiência no atendimento.

Avaliando os dados obtidos neste terceiro grupo “*Usuários da Equipe Multiprofissional*”, percebe-se que a proposta de trabalho da equipe obteve os resultados esperados na questão da humanização e eficiência no atendimento dos servidores participantes. No entanto, é de se esperar que haja um considerável ganho se houver uma ferramenta de avaliação pós-atendimento e divulgação extensiva da proposta de trabalho para um melhor entendimento e contribuição mais efetiva pelos servidores atendidos.

#### **6.4. REPRESENTANTES DA CATEGORIA DOS USUÁRIOS**

O quarto grupo de análise, “*Representantes da Categoria dos Usuários*”, foi dividido em três unidades: a primeira e a segunda também foram coincidentes com a primeira e segunda unidades dos grupos anteriores: “*Políticas públicas*” e “*SIASS E EMAS*” em que se buscou os mesmos entendimentos, mas agora do ponto de vista dos representantes sindicais dos servidores públicos, o que pressupõe uma visão e eventual participação, mais global e de coletividade, na construção das políticas públicas e no entendimento e participação nas ações das entidades executoras dessas políticas, desempenhando, dessa forma, papel de controle social das repercussões sobre o público alvo delas, aí incluídos os seus associados. A terceira

unidade, “*Demanda dos associados*”, buscou conhecer as demandas em saúde e segurança no trabalho dos associados dos sindicatos, que são apresentadas às entidades de classe, procurando verificar se existe associação positiva entre esta necessidade e a atuação das entidades executoras da proposta de política para os servidores públicos, ou se ocorre fragmentação e retrabalho nas ações executadas pelos atores envolvidos (Sindicatos, SIASS e EMASS). A distribuição das unidades e os respectivos temas desse grupo podem ser visualizados na tabela seguinte.

**Tabela 5: Grupo 4 – Sindicatos - unidades e temas utilizados na análise dos dados coletados para discussão e obtenção dos resultados.**

GRUPO	UNIDADES	TEMAS
Grupo 4: Sindicatos	Políticas públicas	Grau de conhecimento
		Grau de participação
	SIASS e EMASS	Grau de conhecimento
		Grau de participação
		Reconhecimento e expectativas
	Demanda dos associados	Saúde
		Segurança no trabalho
		Associação positiva ou negativa (Sindicatos, SIASS e EMASS)

#### 6.4.1. Políticas públicas

Nesta unidade, buscou-se perceber o grau de conhecimento sobre as políticas de saúde e segurança para os trabalhadores e servidores públicos e também o grau de participação na formulação dessas políticas. Pretendeu-se reconhecer se foram atendidos os princípios de construção coletiva e horizontalizada previstos nos princípios e diretrizes destas políticas públicas.

##### Grau de conhecimento

Sobre a PNSST, ambos os representantes indicados pelos sindicatos manifestaram desconhecimento:

Não, não sei. Eu até já ouvi falar, mas eu nunca me informei (Sindicato 1).

Não. Nunca tinha ouvido falar nesta sigla (Sindicato 2).

Sobre a PNH, um dos entrevistados deste grupo manifestou surpresa pelo desconhecimento, apesar da atuação sindical de vários anos:

Não. Este termo para mim é novo. Me surpreende, porque eu sou um dos diretores sindicais que mais se envolve com a questão da saúde (Sindicato 1).

O outro representante sindical entrevistado mostrou ter certo conhecimento sobre a PNH:

Esta eu tenho [conhecimento] até pelo não funcionamento dela, né? Por exemplo, o fato das pessoas trazerem esta questão do assédio, como uma principal questão, né? Na clínica e no sindicato, ela mostra já que isso aí tá só no papel. [...] É a política de relacionamentos interpessoais que engloba todo mundo... o gestor, o servidor, o usuário, né? Ela é direcionada para o usuário, mas não é bem aplicada para o usuário e para o servidor de maneira nenhuma (Sindicato 2).

Sobre a proposta de PASS também houve manifestação de desconhecimento pelos dois entrevistados:

Não. Eu já ouvi falar, mas eu não conheço (Sindicato 1).

Não. Este termo para mim é novo. Eu nunca vi isso ser discutido, nem nacionalmente, então isso é novo (Sindicato 2).

### **Grau de participação**

Em coerência com o desconhecimento sobre as políticas em questão, ambos os representantes sindicais manifestaram que seus órgãos de classe não participaram da construção dessas políticas públicas:

Desconheço tenha ocorrido uma consulta ou um convite para que o sindicato participasse da discussão desta política [sobre a PASS]. Não, nenhuma vez [sobre as outras políticas] (Sindicato 1).

Não. Estas discussões nunca chegaram em pauta. O sindicato nacional das instituições de ensino superior não teria sido consultado, porque senão estaria na pauta, na agenda do GT [...] (Sindicato 2).

Os dados analisados nesta unidade mostraram o baixo grau de conhecimento dos representantes sindicais, participantes da pesquisa, sobre as políticas públicas relacionadas à saúde e segurança dos seus associados e também a não participação dessas entidades na construção dessas políticas. Percebeu-se que não foram respeitados os princípios e as diretrizes que deveriam nortear essas políticas, em particular quanto à gestão corresponsável e construção coletiva e horizontalizada (BRASIL, 2004; 2008). A análise dos dados também

sinalizou a necessidade de maior conhecimento e atuação sindical, reivindicando participação na construção e controle social dessas políticas.

#### **6.4.2. SIASS e EMASS**

Nesta unidade, buscou-se perceber o grau de conhecimento, o grau de participação, o reconhecimento das atividades e as expectativas dos representantes sindicais para com as entidades executoras da proposta de política para a saúde e segurança dos seus associados. Pretendeu-se reconhecer se foi atendida, ou não, a diretriz da gestão com responsabilidade compartilhada entre os atores envolvidos (profissionais da equipe e os representantes dos servidores).

#### **Grau de conhecimento**

Os dois representantes sindicais manifestaram conhecer parcialmente o SIASS-UFPR e a EMASS:

Eu participei um pouco daquelas reuniões, das discussões, do que seriam as equipes, o que a gente queria [...] de como funciona esse sistema, de como funcionam as equipes multidisciplinares, o funcionamento de perícia [...] o que já tinha sido feito, a política, a confecção daquele manual de perícia que na época eu trouxe [...] que o governo tava querendo... que foi junto com aquela questão do “per capita”, né... quando tava querendo se livrar da questão da assistência [...] [sobre o SIASS] (Sindicato 1).

[...] a ideia de ter um sistema que atenda o servidor, pelo que eu entendi do SIASS, que fosse capaz... ou seja, que se voltasse à saúde do servidor, independente de ser um servidor da universidade [...] Quando eu olhava o tamanho da infraestrutura, isso que me assusta. O número de médicos do trabalho, o número de engenheiros de segurança do trabalho, o número de psicólogas, de enfermeiras, eu dizia assim... a ideia é boa, mas parece que é muito pouca gente prá dar conta da totalidade. [...] eles não param de criar novos “campi” pelo interior, e daí eu fico pensando... como é que se atende no interior. [...] Então, talvez não detalhado, mas tenho uma informação mais ou menos clara e precisa do que é o SIASS (Sindicato 2).

Eu sei que se fazem as discussões dos casos, né? E eu conheço até mais como profissional do que como a pessoa da diretoria do sindicato [sobre a EMASS] (Sindicato 1).

[...] a ideia de uma equipe multidisciplinar nos agradou muito no início. [...] Quando eu tive contato, nós fizemos uma visita do sindicato ao serviço de saúde, e aí quando eu os vi reunidos, discutindo uma situação [...] tinha assistente social, que tinha o médico do trabalho, que tinha o psicólogo do trabalho e tal, eu achei esta proposta muito interessante, porque permite ter uma visão muito mais ampla do problema (Sindicato 2).

Apesar de haver certo conhecimento sobre as duas entidades, percebe-se que isso ocorre superficialmente, aquém do esperado, especialmente se for considerado que os entrevistados representavam o coletivo dos servidores a serem atendidos em suas questões de saúde e segurança no trabalho.

### **Grau de participação**

Ambos os representantes da categoria dos servidores manifestaram que não tiveram participação na construção das entidades em questão, apesar de que relataram tentativas frustradas de participação:

Na época do início do GT, nós chamamos, nós convocamos o pessoal da reabilitação [precursora da EMASS] pra nós entendermos como funcionava. Foram duas pessoas até o sindicato, e aí nos fizemos uma série de questões, umas foram respondidas, outras não. Acho até porque estava se estruturando o trabalho e a gente tinha marcado, então, de que eles pudessem colocar no papel pra que a gente pudesse ter uma ideia do que era, né, mas isso nunca mais aconteceu. A gente chamou algumas vezes, mas as pessoas não respondiam (Sindicato 1).

Não [sobre a construção da EMASS]. A gente pede hoje que na discussão das relações, o sindicato tenha assento (Sindicato 2).

Percebeu-se também, neste tema, a não participação na construção das entidades ligadas à saúde e segurança dos seus associados, apesar de ter havido relato, em algum momento e de alguma forma, de tentativa de participação.

### **Reconhecimento e expectativas**

Apesar do resultado dos dados analisados nos dois temas anteriores, de baixo conhecimento e nenhuma participação na construção das políticas públicas e das entidades executoras delas, ambos os representantes manifestaram reconhecer a importância da ação conjunta entre os atores desses processos:

Eu acho que as pessoas têm um pouco de receio do sindicato como um acusador, né? [...] Então há uma tentativa de desmanchar isto, a gente tenta profissionalizar, na verdade, a gente sabe que a ação conjunta é muito mais efetiva, né? [...] eu acho que se a gente conseguisse fazer um diálogo com essas equipes, um diálogo mais fraterno mesmo, né... a gente conseguiria resultados mais interessantes, porque o trabalho pontual é muito desgastante, acho que tanto pra nós, lá, quanto pra equipe [...] Se fosse um trabalho em conjunto, por exemplo, com a pró-reitoria, com as equipes, o que a gente conseguiria fazer... mapear um setor que apresenta vários casos e poder pedir uma intervenção, inclusive institucional, via RH [...] (Sindicato 1).

A gente acha fundamental que ele [o sindicato] participe do processo [...] O que a gente nota é que existem servidores que ainda têm insegurança quanto

ao serviço de saúde da universidade. Ele tem medo que o serviço de saúde da universidade aja em prol da universidade e não dele, numa relação patrão-empregado. E eu acho que tem que quebrar isso. Esta visão tem que... e esta participação conjunta ajudaria a quebrar isso [...] pro sindicato poder atuar, o sindicato vai fazer a atuação política, não desse indivíduo específico, mas do fato de estar havendo adoecimento em função do trabalho, pra ele gerar causa política e ajudar reverter este caso (Sindicato 2).

Percebeu-se coincidência na fala dos dois entrevistados deste grupo sobre a percepção de falta de confiança e colaboração entre os profissionais da saúde e segurança e os representantes dos servidores, o que também é percebido nas falas da equipe:

Acho que o sindicato até atrapalha, não é parceiro (EMASS 1).

Pelo menos do que eu tenho sentido, não. Talvez é... Não porque não queiram, mas talvez porque não conheçam. Pode ser que por ignorância, digamos assim [sobre a não participação dos sindicatos na construção da equipe] (EMASS 3).

Foi mais turbulento, [o sindicato] veio menos querer saber e mais querer normatizar. [...] De novo, a falta de comunicação, eu acho (EMASS 4).

Hoje o sindicato, para mim, vem mais para fiscalizar e desconstruir uma coisa que a gente tá tentando construir. Ele não vem somando (EMASS 5).

Talvez eles contribuam de uma forma indireta. Mas de uma forma direta que cheguem e apresentem alguma coisa, não (EMASS 6).

Nessa percepção mútua de desconfiança e falta de cooperação, entre os profissionais de saúde e segurança e os representantes sindicais, talvez esteja a chave para a compreensão da não cooperação entre eles na busca de uma ação conjunta de reivindicação por melhores condições de trabalho para a equipe, como forma de melhor encaminhar as demandas de saúde e segurança no trabalho dos servidores públicos por eles atendidos.

Percebeu-se também que houve coincidência na percepção da equipe, através da fala dos entrevistados em relação à necessidade de atuação mais coletiva e menos individualizada:

Eles [os sindicatos] contribuíram de forma pontual, em casos específicos de servidores, mas na construção da equipe, não (EMASS 2).

A atuação do sindicato também é esta de questionar que deveria ter uma atuação do órgão de saúde do servidor, não só da equipe, mas da nossa unidade SIASS, no sentido de intervir no local de trabalho, pensando em promover a saúde dos servidores e não só retirar os que estão adoecendo (EMASS 7).

Na avaliação global dos dados desta unidade SIASS e EMASS, percebeu-se a falta de uma adequada comunicação e articulação entre os atores responsáveis pelas ações em saúde e segurança e os representantes da categoria que seriam agentes do controle social das

repercussões dessas ações sobre o público alvo da equipe, no qual estão incluídos os associados dos sindicatos. A articulação de ações e a adequada comunicação entre os atores poderiam promover a gestão de responsabilidade compartilhada prevista nos textos legais (BRASIL, 2004; 2008; 2011) e também nas publicações especializadas (SAUPE, 2005; SCHERER, PIRES E SCHWARTZ, 2009; CARDOSO e HENNINGTON, 2011).

#### **6.4.3. Demanda dos associados**

Na terceira unidade deste grupo, buscou-se conhecer as demandas em saúde e segurança no trabalho que os associados dos sindicatos apresentam às suas entidades de classe, procurando verificar se existe associação positiva ou se ocorre fragmentação e retrabalho nas ações desenvolvidas pelos atores envolvidos neste processo (Sindicatos, SIASS e EMAS).

#### **Saúde**

As demandas de saúde apontadas pelos dois entrevistados, como sendo aquelas apresentadas pelos servidores aos seus respectivos sindicatos, demonstraram semelhança e se resumiram ao adoecimento psíquico que seria relacionado às inadequadas relações interpessoais e de condições de trabalho.

[...] o assédio moral é uma das principais demandas de saúde dos associados. [...] Eram pessoas que estavam ali por problemas psíquicos mesmo, em relação ao assédio moral na instituição [...] tem a demanda mesmo em relação às condições de trabalho, [...] o pessoal que reclama de aparelhos estragados, falta de equipamentos de segurança, excesso de atendimentos [...] aí o pessoal não dá conta. Às vezes plantão excessivo, acaba prejudicando a saúde da pessoa... (Sindicato 1).

Outra demanda forte que tem caído na nossa mão é de assédio moral ou de violência moral. [...] as condições de trabalho estão se deteriorando, não digo só em condições do ambiente físico no qual você realiza o trabalho... nas relações humanas, por competitividade, por exigência prá atender níveis de produtividade [...] isso tem desgastado, tem tornado as pessoas sobrecarregadas e isso tem levado ao adoecimento (Sindicato 2).

Sobre a questão dos problemas decorrentes das inadequadas relações interpessoais no trabalho, aí inseridos a violência moral e o assédio moral, desde o fim da greve dos servidores das instituições de ensino do ano de 2012, e como resultado dela, foi instituído um Grupo de Trabalho (GT-Saúde) em uma das instituições de ensino participantes do SIASS-UFPR. Esse GT ficou composto por representantes sindicais, profissionais de atenção à saúde e segurança e técnicos da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas que ficaram responsáveis por apresentar

proposta para uma adequada abordagem destes problemas que impactam negativamente sobre a instituição e a sua coletividade. Até a fase de conclusão deste trabalho já havia sido encaminhada proposta que aguardava avaliação e parecer do Conselho Universitário da instituição.

### **Segurança no trabalho**

De acordo com os representantes das entidades de classe, as principais demandas dos associados eram relacionadas à exposição aos riscos ocupacionais e às inadequadas condições de proteção a estes riscos.

[...] o pessoal que reclama de aparelhos estragados, falta de equipamentos de segurança [...] Geralmente, o pessoal vem para perguntar sobre... [os adicionais ocupacionais] mais na parte jurídica... eles perguntam como fazer prá reaver, por exemplo, nos processos em que foram retirados [...] Eu acabo vendo o resultado, que é o que a gente trabalha, né? Que, por exemplo, nas questões de segurança, deixa muito a desejar. [...] do pessoal que trabalha, por exemplo, em lavanderia, pessoal que trabalha perto de caldeira, o pessoal que esteriliza material, que assim... os equipamentos são precários, estragados, ruído muito alto [...] (Sindicato 1).

As demandas em segurança... vem muito a demanda do indivíduo para a questão daquela complementação salarial, por causa de insalubridade e periculosidade. Os adicionais ocupacionais. [...] A gente, no fundo, quer exigir da universidade laudo de todos os ambientes, e em todos aqueles ambientes que dá prá resolver o problema pro indivíduo não correr risco nenhum [...] a gente tá indo prá uma linha da não monetarização do risco.

Percebeu-se neste tema que a principal preocupação dos servidores ainda é o ganho pecuniário decorrente da exposição aos riscos ocupacionais, normalmente denominado como “monetarização do risco”, em detrimento das ações que visassem a sua proteção ou não exposição a eles. No entanto, pela fala dos representantes sindicais, percebeu-se que já existe um entendimento mais direcionado para a proteção dos servidores ou eliminação dos riscos ocupacionais nos seus ambientes de trabalho.

### **Associação positiva ou negativa (SIASS e EMASS)**

Neste tema, buscou-se perceber a existência, ou não, de ações relacionadas à saúde e segurança no trabalho, tanto pelos sindicatos quanto pelo SIASS, que pudessem ter caráter de complementaridade, superposição ou antagonismo:

A gente tem um sistema de acolhimento, né? Prá quando tem um problema específico em relação à saúde. [...] nós somos em cinco, são só pessoas do sindicato mesmo e são ligadas à área de saúde [...] Assistência social, psicologia, enfermagem. [...] Até, a gente tá com um perito em segurança do

trabalho fazendo um dossiê, pro sindicato, né? Eu vi semana passada, ele deu um CD com as fotos que foram tiradas, cerca de 1500 fotos com coisas muito descabidas, né? Que acontecem em relação à proteção e segurança, dentro do hospital, principalmente [...] tem uma série de coisas ali que, juntando tudo, nós resolvemos contratar este perito pra gente poder tomar uma ação, inclusive judicial, se for o caso. [...] Não houve interação com o pessoal do SESAIO [...] (Sindicato 1).

[...] internamente, o sindicato tem assessoria psicológica, ou seja profissionais que permitem analisar a relação com os servidores, as demandas de saúde caem, às vezes na diretoria, mas também caem no jurídico. Aquele servidor que tá sofrendo problemas de saúde e vem para uma ação jurídica, e daí você consegue interceptar isso e ver que isso tem uma origem devido às condições de trabalho, nas relações interpessoais deterioradas (Sindicato 2).

A sensação que eu tenho, nesse processo das relações sindicato-universidade ou serviço de saúde da universidade, SIASS, perícia, etc., é... [...] toda vez que o serviço de saúde da universidade tenha uma demanda de um servidor, e o serviço de saúde identificar que aquilo é um caso de adoecimento em razão do trabalho, ele notificar o sindicato, pro sindicato poder atuar, o sindicato vai fazer a atuação política, não desse indivíduo específico, mas do fato de estar havendo adoecimento em função do trabalho, pra ele gerar causa política e ajudar reverter este caso (Sindicato 2).

Pôde-se perceber neste tema que não existe complementaridade e sim a superposição de ações entre os atores ligados à saúde e segurança dos servidores como acolhimento, assistência psicológica e avaliação de aspectos de segurança nos ambientes de trabalho, o que traduz falta de comunicação e cooperação entre os atores envolvidos.

Quando uma entidade de classe desenvolveu um trabalho paralelo ou em substituição ao que deveria ser realizado institucionalmente, como no caso da contratação de técnico para avaliar as alegadas inadequadas condições de segurança no trabalho, inclusive sinalizando a possibilidade de uma demanda judicial, percebeu-se que além da falta de articulação também existiu a antecipação de que a solução não seria provável pela via administrativa, junto aos gestores institucionais.

Numa avaliação global dos dados analisados nas três unidades deste grupo “Representantes da Categoria dos Usuários”, percebeu-se que não estão sendo respeitados os princípios da construção horizontal e coletiva das políticas públicas e da gestão de responsabilidade compartilhada entre os atores responsáveis pela atenção integral e humanizada em saúde e segurança dos servidores públicos sob sua responsabilidade.

Ao ser confrontada a situação da participação sindical percebida neste trabalho com aquela encontrada pela pesquisadora Elsa Thomé de Andrade, ao analisar o processo de implementação da política de atenção à saúde e segurança no trabalho para os servidores públicos federais em instituições piloto no Rio de Janeiro, há aproximadamente cinco anos atrás, encontrou-se situação semelhante. Na época, a pesquisadora já apontava:

Estes últimos [os sindicatos], ainda hoje, estão tendo um papel bastante retraído diante do concebido como estratégia necessária de inscrever o trabalhador e suas representações como protagonistas na condução do processo de gestão, acompanhamento e controle social de sua saúde (ANDRADE, 2009, p. 94).

Publicações anteriores, como a de Carlos Minayo-Gomez e Francisco Lacaz, quando afirmam: “A crise do pensamento intelectual na área vem junto com a decadência da representatividade dos órgãos sindicais e de sua capacidade de desencadear e acompanhar demandas relativas à questão saúde-trabalho” (MINAYO-GOMEZ e LACAZ, 2005, p. 4) e outra de Lacaz, confrontando as atuações sindicais da época com as da década de 1980, já apontavam uma menor participação sindical nas questões de saúde e segurança dos trabalhadores:

Ao se avaliar a situação dos protagonistas anteriormente assinalados, observa-se que se nos anos 1980, os PST [Programas de Saúde do Trabalhador] contavam com importante participação/controlado social, hoje, a fragilidade dos sindicatos de trabalhadores e a nova configuração do mundo do trabalho são fatores que dificultam esta participação, na medida em que os órgãos sindicais não mais representam o mundo do trabalho (LACAZ, 2007, p. 763).

No entanto, percebeu-se no presente trabalho, em vários momentos, a conscientização da necessidade e a predisposição para uma atuação mais articulada entre esses atores com ganho para todos os envolvidos nesse processo, o que pode indicar uma possibilidade de reversão do quadro atual e uma futura atuação integrada dentro dos princípios norteadores da Constituição Federal Brasileira.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Carta Magna brasileira garantiu o atendimento integral e universal à saúde como um direito de todos e dever do Estado. Dessa forma, as políticas públicas de saúde, ferramentas para concretizar os preceitos constitucionais, devem se fundamentar nesses princípios que também estão de acordo com os conceitos da Saúde do Trabalhador, ramo da Saúde Coletiva.

Os organismos internacionais, as publicações acadêmicas, os movimentos representativos e a legislação brasileira sobre a saúde reconhecem as abordagens e as práticas multiprofissionais e interdisciplinares como o melhor caminho para se obter a integralidade da assistência em saúde.

Nas determinações da legislação vigente, assim como nas publicações acadêmicas, encontram-se termos e conceitos que traduzem o modo de como devem ser construídas as políticas públicas de saúde e segurança no trabalho no Brasil, tendo como base: “horizontalidade (na construção e na relação entre os profissionais)”, “respeito à subjetividade, ao conhecimento, às habilidades e atitudes dos profissionais”, “autonomia”, “protagonismo”, “produção de sujeitos individuais e coletivos”, “corresponsabilidade”, “gestão compartilhada (entre gestores, profissionais e usuários)”, “valorização dos atores”, “respeito ao saber popular e tradicional”, “educação permanente”, “controle social (participação cidadã)”, “integralidade (da atenção)”, “melhoria das condições de trabalho”, entre outros correlatos.

Nessa linha de pensamento, este trabalho foi desenvolvido com a expectativa de contribuir com a produção científica sobre os temas abordados e com a construção de uma política pública para a saúde e segurança no trabalho dos servidores públicos brasileiros. Para isso, buscou-se entender a prática de trabalho de uma equipe multiprofissional de atenção à saúde dos servidores públicos federais, através da percepção dos atores envolvidos, desde os profissionais da atenção, um gestor e os usuários do serviço até seus representantes sindicais. Procurou-se compreender o trabalho da equipe por meio dos conceitos encontrados nas publicações especializadas sobre essa forma coletiva de trabalho e dos princípios da Saúde do Trabalhador.

A revisão da literatura sobre Saúde do Trabalhador mostrou que houve uma evolução na proposta do cuidado com a saúde e segurança dos trabalhadores. Do período no qual predominaram os conceitos da Medicina do Trabalho até se chegar à Saúde do Trabalhador,

passando pela Saúde Ocupacional, as concepções sobre a relação saúde, segurança e trabalho sofreram mudanças significativas. Os movimentos sociais, a publicação de estudos acadêmicos e as reivindicações dos trabalhadores, como classe organizada, foram determinantes para modificar diversos conceitos relacionados ao bem-estar no trabalho e forjar a elaboração de leis e políticas públicas que reconhecessem o direito dos trabalhadores à busca da cidadania plena. Passou-se a reconhecer o trabalho de equipes multiprofissionais, atuando de forma interdisciplinar, como de fundamental importância na obtenção da atenção integral à saúde, de forma humanizada, respeitando-se as necessidades biopsicossociais do ser humano e do trabalhador em especial.

Numa exaustiva revisão das políticas públicas relacionadas ao tema saúde e segurança no trabalho, pôde-se perceber que os objetivos, princípios e diretrizes das três políticas públicas de saúde e segurança do trabalhador, instituídas legalmente – a PNH, a PNSST e a PNPS, estão de acordo, pelo menos em teoria, com os preceitos constitucionais e os conceitos da Saúde do Trabalhador.

As entrevistas com os diferentes atores, envolvidos na pesquisa, foram esclarecedoras acerca de aspectos importantes. Ficou evidenciado o protagonismo e a atuação dos profissionais da equipe, tanto individual, quanto coletivamente, como sujeitos na construção e desenvolvimento dos processos de trabalho, apesar da falta de reconhecimento institucional, especialmente pelas inadequadas condições de trabalho, o que contraria o estigma de acomodação e desinteresse dos servidores pela coisa pública. Percebeu-se indicativos de que a falta de reconhecimento do trabalho desenvolvido pela equipe possa ter relação com a pouca divulgação das ações realizadas no âmbito das três instituições de ensino atendidas. Foi possível perceber também a atuação da equipe de modo interdisciplinar, na busca da integralidade da atenção à saúde, o reconhecimento pelo usuário do atendimento eficaz e humanizado e a busca pela capacitação profissional, com predomínio da motivação pessoal sobre o incentivo institucional.

A questão da liderança foi abordada pelos membros da equipe entrevistados na pesquisa, como fator positivo no desenvolvimento dos trabalhos, sem que houvesse questão específica sobre o tema. Um adequado trabalho em equipe multiprofissional de saúde necessita da integração de saberes e de indivíduos com diferentes formações, o que o torna complexo. Quando essa forma de trabalho coletivo acontece num contexto de propostas de formulação de políticas públicas, que devem ser regidas pela universalidade e equidade,

propondo a integralidade no atendimento com base no estímulo ao protagonismo e à formação de sujeitos individuais e coletivos, mas que ao mesmo tempo propõe uma gestão pautada na horizontalidade e corresponsabilidade, o tema da liderança parece merecer relevância para se buscar resultados que atinjam esses propósitos. A atuação do líder, nessas situações, tem importância reconhecida para que os conflitos, por serem inerentes ao trabalho coletivo e traduzirem diversidade, sejam fatores positivos na atuação das equipes multiprofissionais em saúde. Apesar disso, são poucas as publicações científicas que fazem menção ao tema da supervisão, hierarquia ou liderança nas equipes multiprofissionais em saúde, fato que sugere uma maior atenção por parte dos pesquisadores interessados pelo tema.

A pesquisa apontou que não foram respeitados os princípios da horizontalidade, da construção coletiva e da gestão de responsabilidade compartilhada, quando se percebeu um mínimo conhecimento e nenhuma participação do gestor de recursos humanos e dos representantes de classe dos servidores na construção das políticas relacionadas à sua saúde e segurança no trabalho, o que também prejudica o controle social dessas políticas, desconsiderando outro preceito constitucional. Isso parece traduzir a pouca conscientização sobre o valor da saúde, da segurança e do bem-estar no trabalho, por parte dos servidores, dos seus representantes de classe e dos gestores do serviço público. Raras são as reivindicações dos movimentos sindicais que foquem a questão da saúde e segurança no trabalho e, quando acontecem, geralmente se pautam na questão da indenização dos riscos ocupacionais. Dessa forma, percebeu-se mais uma vez, que a legislação brasileira e as políticas públicas estabelecidas são de boa qualidade e pertinentes às necessidades da população, mas a prática mostra que ainda é preciso aprimorar a aplicação dos seus preceitos, normas, princípios e diretrizes.

Como crítica e sugestão para melhorar o conteúdo da minuta com a proposta de “Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal”, diante do que foi discutido neste trabalho, propõe-se alteração da nomenclatura para “Política de Atenção à Saúde e Segurança *no* Trabalho do Servidor Público Federal”, pois quem necessita de saúde e segurança é o trabalhador/servidor e não o trabalho. Também se propõe que sejam utilizados termos mais adequados, como “elaboração de orientações técnicas para os procedimentos”, o que respeitaria a necessidade de estabelecer orientações acerca dos procedimentos, mas possibilitaria o exercício da tomada de decisão responsável, em determinadas situações, o que é inerente à atividade em saúde. Os termos apresentados na

minuta atual, como “uniformização e padronização de procedimentos” e “elaborar e implementar protocolos técnicos”, de um certo modo levam à noção de engessamento, verticalização e hierarquização e contradizem os princípios e diretrizes da própria proposta de política.

Os problemas e deficiências encontrados em relação à construção de uma política para a saúde e segurança dos servidores públicos e nas atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional participante da pesquisa, apontaram ter como núcleo a inadequada comunicação entre os atores envolvidos, e a devida correção deve ser priorizada.

Não é possível reivindicar aquilo que não se conhece, não se imagina ou de cuja necessidade não se está consciente. Assim, talvez a solução dos problemas apontados esteja na busca e na disseminação do conhecimento, que costumam ser atribuições do saber acadêmico, mas que também devem ser desenvolvidas pelos gestores das instituições públicas e pelos próprios trabalhadores.

## REFERÊNCIAS

ABUHAB, Deborah et al. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 2005, v. 26 (3), p. 369 – 380.

AMORETTI, Rogério. A Educação Médica Diante das Necessidades Sociais em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, 2005. v. 29 (2), p. 136 – 146.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. In: GOLDENBERG, Paulete; MARSIGLIA, Regina Maria G.; GOMES, Mara Helena de A. (orgs). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, cap 9, p. 143 – 156.

\_\_\_\_\_. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. [S.l.], 1997, v. 11 (1/2), p. 5 – 20.

ANDRADE, Elsa T. O processo de implementação da política de atenção à saúde do trabalhador em instituições públicas federais: o desafio da integralidade. 2009. 117f. **Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública)** – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

ARCURI, Arline S.A. A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. **INTERFACEHS – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**. São Paulo, 2007. v. 2 (4), Resenha 1.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 6023: informação e documentação – referências – apresentação**. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. **NBR 14724: Apresentação de trabalhos acadêmicos**. Rio de Janeiro, 2011.

\_\_\_\_\_. **NBR 6024: Numeração progressiva das seções de um documento escrito - Apresentação**. Rio de Janeiro, 2012.

ASSUNÇÃO, Ada A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2003. v. 8 (4), p. 1005 – 1018.

AZEVEDO, Creuza da S. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, 2002. v. 7 (2), p. 349 – 361.

BIRMAN, Joel. A *physis* da saúde coletiva. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2005. v. 15 (suplemento), p. 11 – 16.

BRASIL. I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – Relatório Final. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1a\\_conf\\_nac\\_saude\\_trabalhador.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – Relatório Final. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst\\_relato\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst_relato_final.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Constituição Federal. 1988.

\_\_\_\_\_. Decreto n.º 5.961, de 13 de novembro de 2006 – Institui o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal – SISOSP. 2006b.

\_\_\_\_\_. Decreto n.º 6.833, de 29 de abril de 2009. DOU de 30 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 - CGASS. 2009a.

\_\_\_\_\_. Decreto n.º 7.602, de 07 de novembro de 2011. DOU de 08 de novembro de 2011 - dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. 2011.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde. 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.112, de 12 de dezembro de 1990 – Estatuto do Servidor Público Federal. 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Universidade Federal do Paraná. Pró-Reitoria de Recursos Humanos e Assuntos Estudantis. Portaria n.º 8.140/PRHAE de 31 de agosto de 2005. Constitui a Comissão Interdisciplinar de Técnicos com Atuação e Atendimento Organizacional a Servidores em Acompanhamento Biopsicossocial. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Universidade Federal do Paraná. Pró-Reitoria de Recursos Humanos e Assuntos Estudantis. Portaria n.º 3.214/PRHAE de 23 de agosto de 2007. Compõe o Grupo de Implantação para Programa de Reabilitação. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (PNH): humanização da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde – SUS. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. 1. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Trabalho e redes de saúde. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento. Portaria Normativa n.º 03, de 07 de maio de 2010 – Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor - NOSS. 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento. Secretaria de Gestão Pública. Portaria n.º 1.397, de 10 de agosto de 2012 – estabelece procedimentos mínimos para a realização de acordo de cooperação técnica para a criação das unidades do SIASS. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial n.º 152 - Institui a Comissão Tripartite de Segurança e Saúde no Trabalho. 2008.

\_\_\_\_\_. Portaria n.º 797, de 22 de março de 2010. DOU, de 23 de março de 2010 - Institui o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal. 2010c.

\_\_\_\_\_. Resolução CNE/CES n.º 3 de 7 de novembro de 2001 - Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. 2001.

CANASTRA, Maria Albertina de A.P.; FERREIRA, Maria Amélia D. Lidar com competência... ou (treinar) competências de liderança. **Rev. Enferm. UFPI**. Porto (Portugal), 2012, v. 1 (1), p. 77 – 81.

CARDOSO, Cintia G.; HENNINGTON, Élide A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, 2011. v. 9 (1), p. 85 – 112.

CARNEIRO, Sérgio A.M. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas – a experiência na Prefeitura de São Paulo. **Revista do Serviço Público**. Brasília, Jan/Mar 2006. v. 57 (1), p. 23 – 49.

CAVALCANTE, Cleonice A.A. et al. Promoção da saúde e trabalho: em ensaio analítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem (Internet)**. Natal, 2008, v. 10 (1), p. 241 – 248. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm>>. Acesso em: 11 fev. 2013.

CHIZZOTTI, Antonio. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**. 2003, v. 16 (2), p. 221 – 236.

DURRIVE, Louis. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2011. v. 9 (1), p. 47 – 67.

GOLDIM, José R.; FRANCISCONI, C. Os comitês de ética hospitalar. **Revista de Medicina ATM**. 1995. v. 15 (1), p. 327 – 334.

HENNINGTON, Élide A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**, 2007. v. 42 (3), p. 555 – 561.

LACAZ, Francisco A. de C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2007. v. 23 (4), p. 757 – 766.

LUCAS, Hugo P. Comunicação Interdisciplinar em Saúde: Importância e Desafios. **Revista Nursing**. Lisboa, 2010, v. 257, p. 21 – 42.

LUCCHESE, Patrícia; AGUIAR, Dayse S. de. Descrição introdutória ao tema. In: LUCCHESE, Patrícia (Coord). **Políticas Públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002, p. 3 – 10.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. **Editora Pedagógica e Universitária**, São Paulo, 1986. Resenha - **Em Aberto**, Brasília, jul./set. 1986, ano 5, n. 31 , p. 43 – 48.

MALTA, Deborah C. A et al. Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, Jan/Mar 2009. v. 18 (1), p. 79 – 86.

MEIRELLES, Betina H.S.; ERDMANN, Alacoque L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. [S.l.], 2005, v. 14 (3), p. 411 – 418.

MENDES, René. **Patologia do Trabalho**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1995.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 1991, v. 25, p. 341 – 349.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, jul/set, 1993, v. 9 (3), p. 239 – 262.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; LACAZ, Francisco A. de C. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2005, v. 10 (4), p. 797 – 807.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sônia M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1997, v. 13 (2), p. 21 – 32.

MONERAT, Giselle L. Glossário. In: LUCCHESE, Patrícia (Coord). **Políticas Públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002, p. 137 – 172.

MORAES, Roque. Análise de Conteúdo. **Educação**. Porto Alegre, 1999, v. 22 (37), p. 7 – 32.

MORI, Maria E.; OLIVEIRA, Olga V.M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização PNH): a cogestão em ato. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Brasília, 2009, v. 13 (1), p. 627 – 640.

NARDI, Henrique C. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A.D. (org). **Trabalho e tecnologia, dicionário crítico**. Petrópolis: Editora Vozes; Porto Alegre: Editora Universidade, 1997, p. 219-224.

NOVAES, Marlene R. As ciências sociais no campo da saúde. In: DOURADO, Simone P. da C.; PRAXEDES, Walter L. de A. (orgs.). **Teorias e pesquisas em Ciências Sociais**. Maringá: EDUEM, 2010, p. 311 – 327.

OLIVEIRA, Maria H.B. de; VASCONCELLOS, Luiz C.F.de. As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador: tempos de avaliação. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde: Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, 2000, v. 24 (55), p. 1 – 13.

PAULUS JUNIOR, Aylton; CORDONI JUNIOR, Luiz. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, 2006, v. 8 (1), p. 13 – 19.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 2001, v. 35 (1), p. 103 – 109.

\_\_\_\_\_. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO R.; BARROS M.E.B; MATTOS R.A. (orgs). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2007, p. 161-77.

PIMENTA, Rosângela B.; DE LIMA, Isaura A.; DERGINT, Dario A. Comunicação organizacional: disciplina estratégica para a formação empreendedora em uma Instituição Federal de Ensino. **XXV Encontro Nac. de Engenharia de Produção - ENEGEP**. Porto Alegre, 2005, v. 29, p. 5387 – 5394.

PINHO, Márcia C. G. de. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**. Rio de Janeiro, 2006, v. 08, p. 68 – 87.

QUEIROZ, Elizabeth; ARAUJO, Tereza C.C.F. de. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. **Revista Paideia**, Belo Horizonte, 2009. v. 19 (43), p. 177 – 187.

RIBEIRO, Carla V. dos S.; MANCEBO, Deise. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Rio de Janeiro, 2013. v. 33 (1), p. 192 – 207.

SANTOS-FILHO, Serafim B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, 2007. v. 12 (4), p. 999 – 2010.

SAUPE, Rosita et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Comunicação, Saúde, Educação**. [S.l.], 2005, v. 19 (18), p. 521 – 536.

SCHERER, Magda D.A.; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2009. v. 43(4), p. 721 – 725.

SCHRAIBER, Lilia B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 1999. v. 4 (2), p. 221 – 242.

SCHWARTZ, Yves. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educação & Sociedade**, 1998. v. 19 (65), p. 101 – 140.

\_\_\_\_\_. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Trabalho e Educação**, 2000. n. 7, p. 38 – 46.

\_\_\_\_\_. Trabalho e saber. **Trabalho e Educação**, 2003. v. 12 (1), p. 1 – 14.

SCHWARTZ, Yves; DUC, Marcelle; DURRIVE, Louis. Trabalho e Ergologia. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (Org). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010a. cap. 1, p. 25 – 46.

\_\_\_\_\_. A linguagem em trabalho. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (Org). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010b. cap. 5, p. 131 – 164.

\_\_\_\_\_. Trabalho e uso de si. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (Org). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010c. cap. 7, p. 189 – 221.

\_\_\_\_\_. O homem, o mercado e a cidade. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (Org). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010d. cap. 9, p. 247 – 273.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (Org). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2000. v. 5 (1), p. 187 – 192.

SILVA J.L.L. et al. Estresse, trabalho e ambiente: prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem de um hospital federal no município do Rio de Janeiro. **Psicol. Soc.** Porto Alegre, 2008. v. 19 (1).

SILVA, Lucia C. da. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. **Psicologia para América Latina**. México, 2009. v. 16, p. 1 – 10.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, Jul/dez 2006. v. 16, p. 20 – 45.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Mai/Ago 2007. v. 11 (22), p. 223 – 238.

TURATO, Egberto R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, 2005. v. 39 (3), p. 507 – 514.

VELLOSO, Cid, Equipe Multiprofissional de Saúde. **Revista E. F – CONFEF**. Rio de Janeiro, 2005. Ano 5, v. 17, p. 24-26.

VIEGAS, Moacir F. Histórico e conceitos da Ergologia: entrevista com Yves Schwartz. **Reflexão & Ação**, Santa Cruz do Sul, 2013, v. 21 (1), p. 325 – 338.

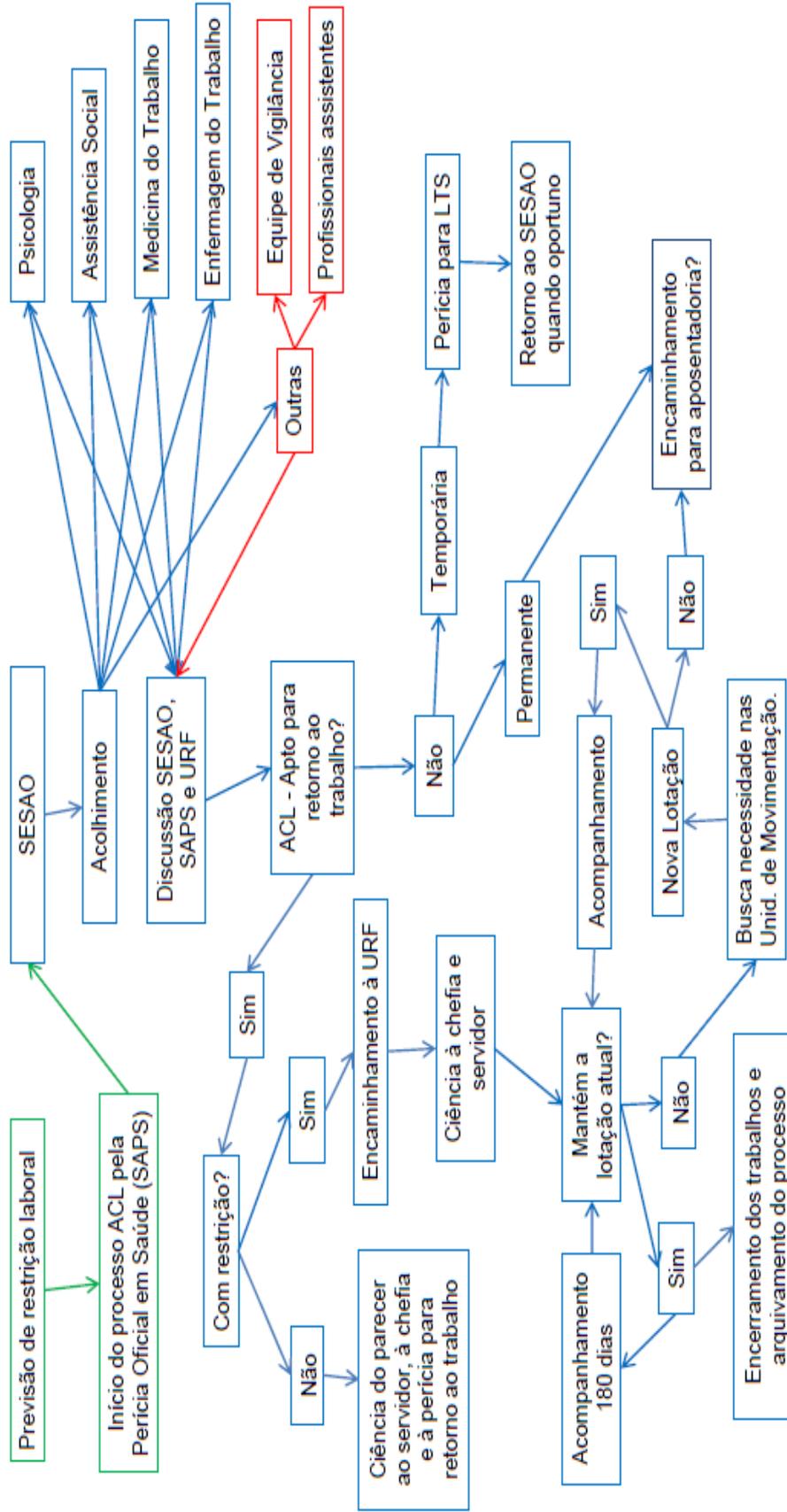
WARGAS, Tatiana. Políticas públicas e saúde. In: LUCCHESI, Patrícia (Coord). **Políticas Públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002, p. 11 – 61.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion glossary**. WHO: Geneve, 1998. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2013.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, Paulo C.; SOUZA, Ana M.R.Z. Lançando luz sobre atividade e trabalho: a contribuição da ergologia. Resenha de "Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana" de Schwartz, Y. & Durrive, L.(Orgs.). **Psicologia em Estudo**, 2008. v. 13 (3), p. 629 – 630.

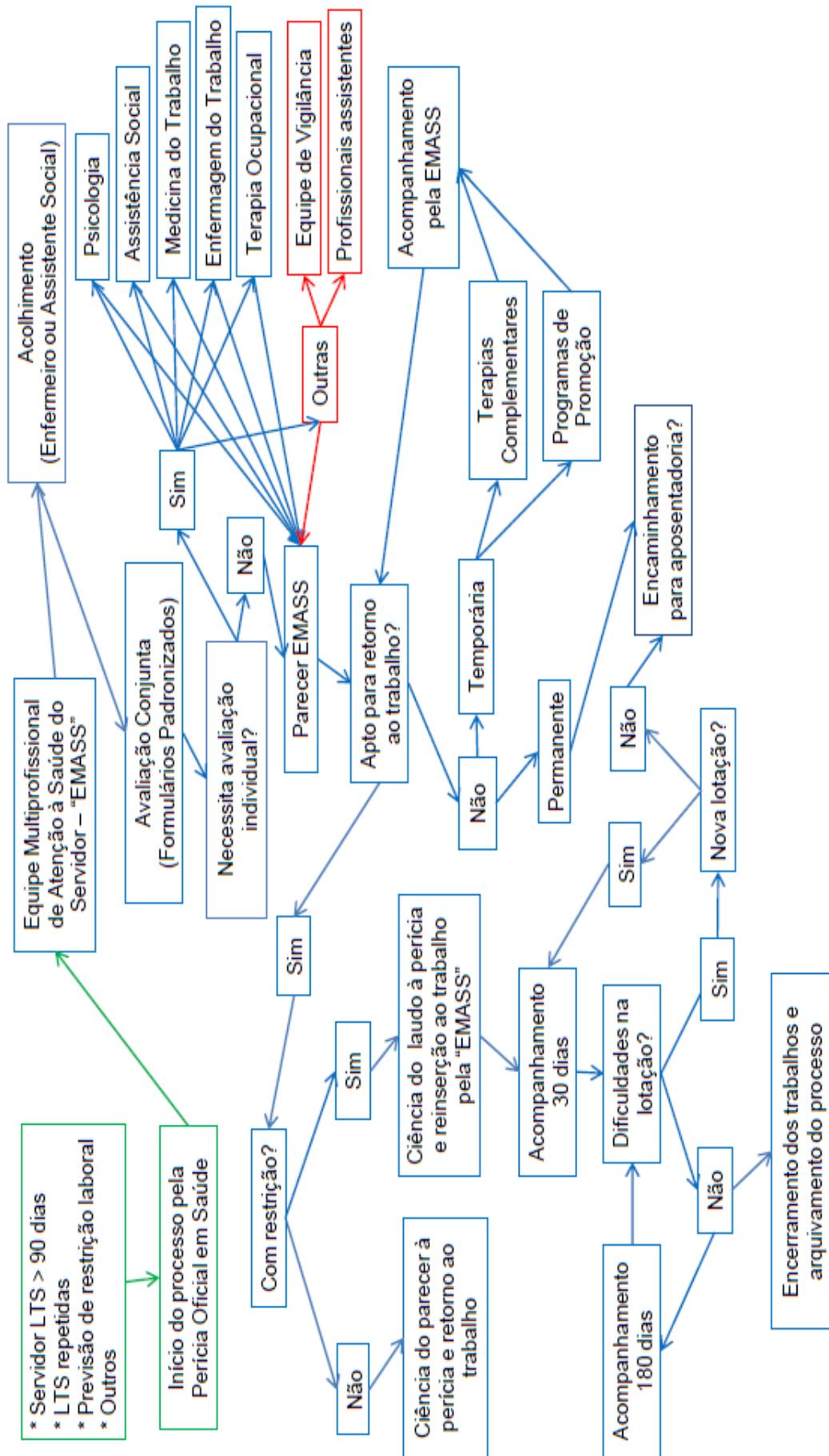
**APÊNDICE A – Fluxograma de ACL – Modelo SAPS-SESAO.**

Figura 1. Fluxograma de ACL – Modelo SAPS-SESAO



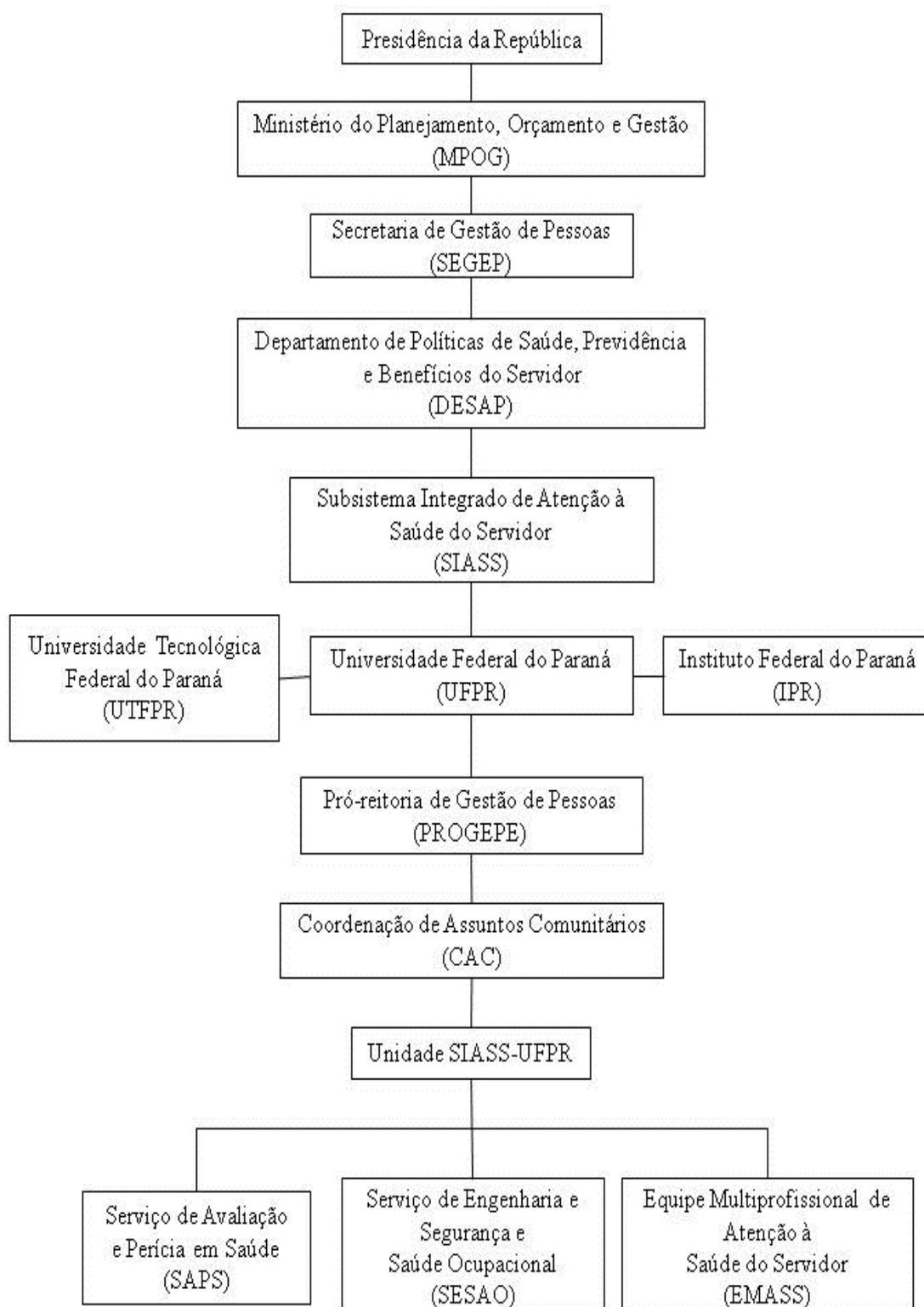
**APÊNDICE B – Fluxograma de ACL – Modelo EMASS.**

Figura 2. Fluxograma de ACL – Modelo EMASS



**APÊNDICE C – Organograma – Unidade SIASS-UFPR.**

Figura 1. Organograma - Unidade SIASS-UFPR



**APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “Equipe multiprofissional na proposta de política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal - uma discussão a partir da concepção da Saúde do Trabalhador”, que faz parte do Mestrado Profissional em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá – UEM e é orientada pela Professora Doutora Lucia Cecilia da Silva, também da Universidade Estadual de Maringá.

O objetivo da pesquisa é discutir se o método de trabalho da equipe multiprofissional da Unidade SIASS-UFPR está de acordo com os princípios da Medicina Coletiva e Saúde do Trabalhador e das políticas do Governo Federal em relação à saúde e segurança no trabalho dos servidores públicos.

Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria concedendo uma entrevista estruturada, em modelo padronizado para todos os participantes, com assuntos relacionados à saúde e segurança no trabalho dos servidores públicos. A duração da entrevista será de aproximadamente trinta minutos e realizada no prédio da PROGEPE-UFPR, à Rua Doutor Faivre, 590, em local privado e com o isolamento necessário.

Informamos que o presente trabalho foi cuidadosamente planejado, mas podem ocorrer situações que não se pode prever ou antecipar e envolver algum risco como o de sua identificação como entrevistado ou ocorrer algum desconforto ou constrangimento para responder os questionamentos realizados.

Para minimizar a ocorrência destes eventos a entrevista ocorrerá de forma individual, sigilosa e confidencial. Será gravada em áudio digital e depois transcrita literalmente, tomando-se o máximo cuidado na preservação do seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Entre os benefícios esperados com a presente pesquisa podemos incluir uma melhor compreensão dos limites e das potencialidades do trabalho em equipe multiprofissional e melhoria do seu processo de trabalho, o que pode contribuir para a humanização do

atendimento dos usuários, os servidores públicos em geral. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Este termo será preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas entregue a você, devidamente preenchida e assinada.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,.....(nome por extenso do sujeito de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Professora Doutora Lucia Cecilia da Silva.

\_\_\_\_\_ Data: ..... / ..... / .....

Assinatura do participante

Eu, Vicente Scheidt Pólli, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

\_\_\_\_\_ Data: ..... / ..... / .....

Assinatura do pesquisador (Vicente Scheidt Pólli)

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: VICENTE SCHEIDT PÓLLI.

Endereço: Rua Doutor Faivre, 590 – térreo – Centro – Curitiba – PR.

Telefone: (041) 3360-4562. E-mail: vicente.polli@ufpr.br.

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM - Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444 - E-mail: copep@uem.br

**APÊNDICE E – Estratégias, Questões Norteadoras, Questões das Entrevistas e Roteiro do Observador Participante.**

## ENTREVISTA PARA MEMBROS DA EMASS

### A. ESTRATÉGIA ADOTADA:

- A.1. Assegurar anonimato e confidencialidade das informações;
- A.2. Evitar interferência do entrevistador sobre as respostas;
- A.3. Desmembrar perguntas com assuntos relacionados, quando necessário;
- A.4. Solicitar que se evitem comentários da entrevista com colegas servidores a serem entrevistados, até o encerramento da pesquisa;
- A.5. Após todas as entrevistas individuais terminadas e finalizada a pesquisa, reunir o grupo para debate sobre as questões apresentadas.

### B. QUESTÕES NORTEADORAS:

- B.1. Conhecimento sobre as características do trabalho em equipe;
- B.2. Inserção, passividade ou proatividade na criação e desenvolvimento da equipe;
- B.3. Reconhecimento da sua importância profissional e da importância dos outros membros;
- B.4. Conhecer as dificuldades para implantação e desenvolvimento da equipe;
- B.5. Conhecer os benefícios e as dificuldades do trabalho em equipe;
- B.6. Como é, e como pode ser aperfeiçoado o processo de trabalho da equipe;
- B.7. Divulgação e reconhecimento dos trabalhos realizados;
- B.8. Autonomia técnica e institucional;
- B.9. Capacitação;
- B.10. Relação com outras equipes e serviços.

### C. QUESTIONÁRIO / ENTREVISTA:

Identificação:

NOME: \_\_\_\_\_

Código na Pesquisa: \_\_\_\_\_ Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Local da Entrevista: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Função no Serviço Público: \_\_\_\_\_

Tempo no Serviço Público: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na Saúde do Trabalhador: \_\_\_\_\_

1. Você contribuiu de algum modo para a criação da EMASS?  
(Se sim: Como?)
2. O processo de trabalho da equipe está pronto ou em desenvolvimento?
3. Quem é responsável pelo desenvolvimento do processo de trabalho?  
(De que forma?)  
(Como você se vê neste processo de desenvolvimento?)

4. Como pode ser aperfeiçoado o processo de trabalho da equipe?
5. Quais as características importantes para um adequado trabalho em equipe?
6. A UFPR e o SIASS têm contribuído na construção da EMASS?  
(Se sim: De que forma?)
7. Os servidores atendidos e/ou sindicatos da categoria têm contribuído (na construção da EMASS)?  
(Se sim: De que forma?)
8. A equipe se reúne para discutir casos de servidores atendidos?  
(Se sim: De que forma ocorre essa discussão?)
9. Você prefere trabalhar individualmente ou em equipe?  
(Por quê?)
10. Você encontra dificuldades para trabalhar em equipe?  
(Se sim: Quais?)
11. Há vantagens no trabalho em equipe em relação ao individual?  
(Se sim: Quais?)
12. Você acha importante o trabalho dos demais membros da equipe?
13. Como você considera que o seu trabalho é visto por eles?
14. A Equipe Multiprofissional tem autonomia técnica ou sofre interferência externa?
15. A Equipe tem autonomia administrativa e financeira?  
(Se não: depende de quem?)
16. É feita a divulgação do trabalho realizado pela equipe?  
(Se sim: De que forma?  
(Para quem?)
17. Como você sente que o usuário (servidor atendido) vê o trabalho da equipe?  
(No início, meio e fim dos trabalhos)
18. Você tem se capacitado na sua profissão?  
(Se sim: Como? Recursos próprios ou da instituição?)
19. Você tem se capacitado para o trabalho em equipe?  
(Se sim: Como? Recursos próprios ou da instituição?)
20. Existe ferramenta de coleta de dados do trabalho para obter indicadores?  
(Se sim: Qual? Foi elaborado pela equipe ou é padronizado pelo SIASS? Os dados são analisados? Já existem indicadores de resultados? Para que finalidade são utilizados?)
21. Qual a relação da equipe com o eixo da vigilância e da promoção à saúde da Unidade SIASS-UFPR?
22. A equipe busca convênio ou acordos com outras instituições de apoio?
23. Gostaria de manifestar algo mais?

## ENTREVISTA PARA GESTOR DE RECURSOS HUMANOS

### D. ESTRATÉGIA ADOTADA:

- A.1. Assegurar anonimato e confidencialidade das informações;
- A.2. Evitar interferência do entrevistador sobre as respostas;
- A.3. Obter informações sobre o grau de conhecimento da Política Nacional de Humanização (PNH), da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho (PNSST), da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) e do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS);
- A.4. Obter informações sobre o conhecimento do trabalho da Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde do Servidor (EMASS);
- A.5. Obter informações sobre a participação como gestor na construção e desenvolvimento das ações de atenção à saúde e segurança do servidor;
- A.6. Desmembrar perguntas com assuntos relacionados, quando necessário.

### E. QUESTÕES NORTEADORAS:

- B.1. Grau de conhecimento sobre as políticas do governo para a saúde e segurança dos trabalhadores em geral e dos servidores;
- B.2. Grau de conhecimento sobre o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) e a Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde do Servidor (EMASS);
- B.3. Grau de inserção, passividade ou proatividade na criação e desenvolvimento das ações de saúde e segurança do servidor público;

### F. QUESTIONÁRIO / ENTREVISTA:

Identificação:

NOME: \_\_\_\_\_

Código na Pesquisa: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Função no serviço público: \_\_\_\_\_

Tempo no serviço público: \_\_\_\_\_

Tempo como gestor: \_\_\_\_\_

1. Quais suas atribuições na gestão de recursos humanos?
2. Quais atividades de atenção à saúde e segurança dos servidores sua entidade desempenha?
3. O que você sabe sobre o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) do Ministério do Planejamento (MP)?
4. Você conhece a Política Nacional de Humanização (PNH) do governo federal para o SUS?

- a. O que sabe sobre ela?
- b. Ela poderia ser aplicada na saúde do servidor público?
5. Você conhece a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) do governo federal?
  - a. O que sabe sobre ela?
  - b. Ela poderia ser aplicada na saúde do servidor público?
6. Você tem conhecimento da proposta de Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) do governo federal?
  - a. O que sabe sobre ela?
  - b. Quem deve ser responsável pela criação e desenvolvimento dessa política?
  - c. Trará benefícios à saúde e segurança do servidor?
7. Houve possibilidade de participação da construção ou desenvolvimento de alguma dessas políticas citadas?  
De que forma?
8. Você conhece as atribuições da Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde do Servidor (EMASS) da Unidade SIASS da Universidade Federal do Paraná?
9. Sua gestão participou da criação da equipe?
10. Tem acompanhado o desenvolvimento dos trabalhos da equipe?
11. Reconhece dificuldades para o desenvolvimento da equipe?
  - a. Quais?
  - b. Como podem ser abordadas?
  - c. Quem pode resolvê-las?
12. Qual a sua expectativa sobre a Equipe Multiprofissional?
13. Gostaria de manifestar algo mais?

## ENTREVISTA PARA REPRESENTANTES DOS SINDICATOS

### G. ESTRATÉGIA ADOTADA:

- A.1. Assegurar anonimato e confidencialidade das informações;
- A.2. Evitar interferência do entrevistador sobre as respostas;
- A.3. Obter informações sobre o conhecimento da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), da Política Nacional de Humanização (PNH), da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) e do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS);
- A.4. Obter informações sobre o conhecimento do trabalho da Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde do Servidor (EMASS);
- A.5. Obter informações sobre a participação da entidade na construção e desenvolvimento das ações de atenção à saúde e segurança do servidor;
- A.6. Conhecer as principais demandas dos associados em saúde e segurança;
- A.7. Desmembrar perguntas com assuntos relacionados, quando necessário.

### H. QUESTÕES NORTEADORAS:

- B.1. Grau de conhecimento das políticas do governo para a saúde e segurança dos trabalhadores em geral e dos servidores;
- B.2. Grau de conhecimento do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) e da Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde do Servidor (EMASS);
- B.3. Grau de inserção, passividade ou proatividade na criação e desenvolvimento das ações de saúde e segurança do servidor;
- B.4. Tipo de demanda dos associados em saúde e segurança no trabalho.

### I. QUESTIONÁRIO / ENTREVISTA:

Identificação:

NOME: \_\_\_\_\_

Código na Pesquisa: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Função no serviço público: \_\_\_\_\_

Tempo no serviço público: \_\_\_\_\_ Tempo no sindicalismo: \_\_\_\_\_

Função no sindicato: \_\_\_\_\_

1. Qual sua atribuição na estrutura do sindicato?
2. Quais atividades de atenção à saúde e segurança dos servidores sua entidade desempenha?
3. Quais as principais demandas em saúde e segurança dos associados?
4. Você conhece o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS)?  
(Se sim: O que sabe sobre ele?)

5. Você conhece a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) do governo federal?  
(Se sim:
  - c. O que sabe sobre ela?
  - d. Ela poderia ser aplicada na saúde do servidor público?)
6. Você conhece a Política Nacional de Humanização (PNH) do governo federal para o SUS?  
(Se sim:
  - c. O que sabe sobre ela?
  - d. Ela poderia ser aplicada na saúde do servidor público?)
7. Você conhece a **proposta** de Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) do governo federal?  
(Se sim:
  - d. O que sabe sobre ela?
  - e. Quem deve ser responsável pela criação e desenvolvimento dessa política?
  - f. Trará benefícios à saúde e segurança do servidor? Quais?)
8. Houve possibilidade de participação da construção ou desenvolvimento de alguma destas políticas citadas?  
(Se sim:
  - a. De que forma?
  - b. Como foi a participação?)
9. Você conhece as atribuições da Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde do Servidor (EMASS) da Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor da Universidade Federal do Paraná (SIASS-UFPR)?  
(Se sim: O que sabe sobre ela?)
10. O sindicato participou da criação e desenvolvimento da equipe?  
(Se sim: Como convidado ou proativamente?)
11. O sindicato acompanha casos de associados atendidos pela equipe?  
(Se sim:
  - d. De que forma?
  - e. Demandada pela equipe? Pelo servidor associado?)
12. Gostaria de manifestar algo mais?

## ENTREVISTA PARA SERVIDORES ATENDIDOS PELA EQUIPE

### A. ESTRATÉGIA ADOTADA:

- A.1. Assegurar anonimato e confidencialidade das informações;
- A.2. Evitar interferência do entrevistador sobre as respostas;
- A.3. Obter informações sobre as demandas em saúde e segurança dos servidores atendidos pela equipe multiprofissional;
- A.4. Obter informações sobre o conhecimento anterior da existência do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) da Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde do Servidor (EMASS) e do seu trabalho;
- A.5. Obter as impressões do usuário sobre o processo de trabalho da equipe;
- A.6. Obter as impressões dos usuários sobre o resultado da atuação da equipe nas suas demandas;
- A.7. Desmembrar perguntas com assuntos relacionados, quando necessário.

### B. QUESTÕES NORTEADORAS:

- B.1. Grau de conhecimento das políticas do governo para a saúde e segurança dos servidores;
- B.2. Grau de conhecimento do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) e da Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde do Servidor (EMASS);
- B.3. Grau de compreensão do trabalho da equipe sobre sua situação;
- B.4. Grau de satisfação da abordagem da sua situação pela equipe.

### C. QUESTIONÁRIO / ENTREVISTA:

Identificação:

NOME: \_\_\_\_\_

Código na Pesquisa: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Função no serviço público: \_\_\_\_\_

Tempo no serviço público: \_\_\_\_\_

Tempo de licença por doença (quando couber): \_\_\_\_\_

1. Quem solicitou sua avaliação pela Equipe Multiprofissional?  
(Foi esclarecido sobre o motivo do encaminhamento?)  
(Qual o motivo do seu encaminhamento?)
2. Como você vê o trabalho da equipe?
  - a. No início dos trabalhos (expectativa inicial);
  - b. No meio dos trabalhos (desenvolvimento);
  - c. Na conclusão dos trabalhos.
3. Era o que esperava?
  - a. Ficou aquém ou além da expectativa?

- b. Por quê?
- 4. Você conhece o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS)?
- 5. Você sabia da existência da Equipe Multiprofissional?  
(De que forma tinha conhecimento?)  
(Suas referências anteriores ao atendimento eram favoráveis, indiferentes ou desfavoráveis?)
- 6. Você conhece a proposta de Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) do governo federal?
  - g. Como você vê esta proposta?
  - h. Quem deve ser responsável pela criação e desenvolvimento dessa política?
  - i. Trará benefícios à saúde e segurança do servidor? Quais?
- 7. Gostaria de manifestar algo mais?

## ***ROTEIRO DO OBSERVADOR PARTICIPANTE***

### **QUESTÕES NORTEADORAS:**

#### **1. Ambiente de trabalho da equipe multiprofissional:**

Espaço físico;  
Mobiliário;  
Equipamentos;  
Privacidade.

#### **2. Processo de trabalho da equipe:**

Fluxograma de trabalho;  
Organização do trabalho (Padronização, divisão);  
Dificultadores e facilitadores;  
Hierarquia;  
Liderança;  
Participação na construção e desenvolvimento;

#### **3. Relações entre os membros da equipe:**

Articulações;  
Comunicação (formal, informal);  
Sinergia;  
Autonomia;  
Respeito;  
Afinidades;  
Interdisciplinaridade;  
Integralidade.

#### **4. Relação com usuários:**

Acolhimento;  
Abordagem;  
Colaboração / Conflitos;  
Devolutiva.

#### **5. Humanização:**

No trabalho da equipe;  
Para com o usuário.

**ANEXO A – Autorização PROGEPE – Março 2013.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS-PROGEPE



Curitiba, 04 de março de 2013.

Ilma. Sra.  
Prof. Dra. Ieda Harumi Higarashi  
DD. Presidente do COPEP  
Universidade Estadual de Maringá – UEM  
Maringá - PR

Declaramos que nós, da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal do Paraná, autorizamos a condução do projeto de pesquisa “Equipe multiprofissional na proposta de política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal: uma discussão a partir da concepção da Saúde do Trabalhador” do Mestrado Profissional em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá - UEM, a ser desenvolvido nas nossas dependências, por Vicente Scheidt Pólli, sob a orientação da Professora Doutora Lucia Cecilia da Silva.

Estamos cientes que os sujeitos da pesquisa serão nossos servidores públicos federais afetos à atuação da equipe multiprofissional de atenção à saúde e segurança dos servidores públicos federais, que aceitarem colaborar com a pesquisa. Também estamos cientes de que o trabalho deve seguir a resolução 196/96 do CNS e complementares.

Outrossim, informamos que, uma vez cientes do parecer exarado pelo Comitê de Ética, emitiremos outro documento autorizando o início da execução do projeto.

Sendo o que se nos apresenta para o momento, enviamos nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,

Laryssa Martins Born

Pró-Reitora de Gestão de Pessoas  
Universidade Federal do Paraná

LARYSSA MARTINS BORN  
Pró-Reitora de Gestão de Pessoas  
Matrícula - 0343750

**ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP.**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Equipe multiprofissional na proposta de política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal: uma discussão a partir da concepção da Saúde do Trabalhador

**Pesquisador:** Lucia Cecilia da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 14323413.6.0000.0104

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Maringá

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 267.599

**Data da Relatoria:** 06/05/2013

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo qualitativo que visa discutir a atuação da Equipe Multiprofissional de Atenção à Saúde do Servidor Federal, a partir da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), da Política Nacional de Humanização (PNH) e da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), propostas pelo Governo Federal. A pesquisadora apresentou de forma detalhada todas as normativas relacionadas à questão em estudo. Para a coleta de dados serão utilizados entrevista semiestruturada e observação participante. Participarão da pesquisa 15 sujeitos, sendo 5 profissionais de uma equipe multiprofissional de atenção aos servidores da Universidade Federal do Paraná, 7 servidores atendidos pela equipe, 1 gestor e 2 representantes de sindicatos. Os dados serão analisados segundo a ergologia de Schwartz, considerando-se as políticas citadas para a discussão dos resultados.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Discutir a atuação da equipe multiprofissional na proposta de Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) em implantação pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) do Ministério do Planejamento,

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

**Bairro:** Jardim Universitário

**CEP:** 87.020-900

**UF:** PR

**Município:** MARINGÁ

**Telefone:** (44)3011-4444

**Fax:** (44)3011-4518

**E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 267.599

Orçamento e Gestão (MPOG) do Governo Federal, no âmbito da Unidade Regional SIASS-UFPR.

Objetivo Secundário: Oferecer subsídios para uma atenção humanizada em saúde e segurança do trabalhador.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A ponderação entre riscos e benefícios traz a informação de que não são esperados riscos e desconfortos inaceitáveis, porém, se acontecer, o participante que assim se sentir, poderá optar por interromper ou desistir da entrevista e da participação do estudo. Entre os benefícios aponta uma melhor compreensão dos limites e das potencialidades do trabalho em equipe multiprofissional dentro dos conceitos da Medicina Coletiva e da Saúde do Trabalhador, o que poderá contribuir para a humanização do atendimento e também na conscientização da importância da participação dos membros da equipe como sujeitos na construção deste método de trabalho.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo proposto atende todas as normativas vigentes. Os benefícios apontados podem ser considerados tanto diretos quanto indiretos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta autorização em papel não timbrado, assinada por Laryssa Martins Born, Pró-Reitora de Gestão de Pessoas da UFPR. Apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada pela proponente, Profa. Lucia Cecilia da Silva e pelo Chefe do Departamento de Psicologia da UEM, Prof. Paulo Cesar Seron. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido atende a todas as exigências da Resolução 196-CNS/96. A previsão de custos, na ordem de R\$ 590,00, com a informação de que será suportado com financiamento próprio. O cronograma com início em 20/03/2013 e término em 31/03/2014, com previsão para início das entrevistas em 01/04/2013. Apresenta roteiro de entrevista a ser utilizados na pesquisa, destinados aos membros da equipe multiprofissional, aos servidores atendidos pela equipe, ao gestor e aos representantes do sindicato.

**Recomendações:**

Recomenda-se que a coleta de dados somente se dê após a aprovação final do protocolo por este comitê.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer pela aprovação do protocolo de pesquisa.

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

**Bairro:** Jardim Universitário

**CEP:** 87.020-900

**UF:** PR

**Município:** MARINGÁ

**Telefone:** (44)3011-4444

**Fax:** (44)3011-4518

**E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 267.599

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta por aprovar o protocolo de pesquisa na forma apresentada.

MARINGÁ, 09 de Maio de 2013

---

**Assinador por:**  
**Ricardo Cesar Gardiolo**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

**Bairro:** Jardim Universitário

**CEP:** 87.020-900

**UF:** PR

**Município:** MARINGÁ

**Telefone:** (44)3011-4444

**Fax:** (44)3011-4518

**E-mail:** copep@uem.br

**ANEXO C – Autorização PROGEPE – Maio 2013.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS-PROGEPE



Curitiba, 08 de maio de 2013.

Ilmo. Sr.  
Prof. Ms. Ricardo Cesar Gardiolo  
DD. Presidente do COPEP  
Universidade Estadual de Maringá – UEM  
Maringá - PR

Declaramos que nós, da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal do Paraná, cientes da aprovação, conforme o Edital 006/2013-COPEP, do projeto de pesquisa “Equipe multiprofissional na proposta de política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal: uma discussão a partir da concepção da Saúde do Trabalhador” do Mestrado Profissional em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá - UEM, autorizamos o início da execução do projeto a ser desenvolvido nas nossas dependências, por Vicente Scheidt Pólli, sob a orientação da Professora Doutora Lucia Cecilia da Silva.

Estamos cientes que os sujeitos da pesquisa serão nossos servidores públicos federais afetos à atuação da equipe multiprofissional de atenção à saúde e segurança dos servidores públicos federais, que aceitarem colaborar com a pesquisa. Também estamos cientes de que o trabalho deve seguir a resolução 196/96 do CNS e complementares.

Sendo o que se nos apresenta para o momento, enviamos nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Adriano do Rosário Ribeiro', is written over a horizontal line.

Adriano do Rosário Ribeiro

Pró-Reitor de Gestão de Pessoas  
Universidade Federal do Paraná