

Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público

Tatiana Ramminger e Henrique Caetano Nardi

Pretendemos partilhar neste texto algumas considerações a respeito dos discursos e práticas da área da saúde do trabalhador em relação aos trabalhadores dos serviços públicos brasileiros. Iniciamos demarcando a construção da área da Saúde do Trabalhador enquanto política pública no Brasil, identificando como as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador trataram o tema da saúde do servidor público. Em seguida, analisamos entrevistas semi-abertas realizadas com profissionais da Perícia Médica de um estado brasileiro¹.

Textos e contextos: da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador

Foucault (2001) demonstrou como o capitalismo reconfigurou as relações sociais e subjetivas, sobretudo no que diz respeito ao controle sobre o corpo e, conseqüentemente, sobre a saúde das populações. Em um processo que o autor define como *biopolítica*, a vida e seus mecanismos entram na ordem do saber e do poder, ou melhor, a vida passa a ser preocupação política. Esse fenômeno foi indispensável, talvez de maior amplitude que a moral ascética (WEBER, 1996),

para o desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos da população aos processos econômicos.

A área da Saúde do Trabalhador no Brasil, como política pública e como rede enunciativa, foi sendo construída nas diferentes conjugações de força entre capital, trabalho e Estado. Como em todo mundo ocidental e capitalista, no Brasil o sistema de saúde se desenvolveu a partir da assistência à saúde dos trabalhadores urbanos. Na história brasileira, a preocupação com a manutenção do corpo que trabalha já aparece nos cuidados médicos dispensados aos escravos durante o Império. Em 1888, o primeiro grupo de trabalhadores, no caso os empregados dos Correios, adquire o direito à aposentadoria assegurado em lei, seguidos pelos ferroviários e marinheiros.

A imigração européia, que veio fornecer a força de trabalho qualificada para a indústria nascente (em um momento histórico marcado pelo eugenismo e pelo desprezo da força de trabalho nacional), contribuiu, sobretudo por meio dos trabalhadores identificados com o anarquismo, com o incremento da organização dos trabalhadores brasileiros. Em 1906 acontece o I Congresso Operário Brasileiro, em um movimento crescente que culmina com a Greve Geral de 1917, em São Paulo, com importantes desdobramentos para a luta dos trabalhadores no Brasil, entre eles, a primeira Lei do Acidente de Trabalho, em 1919. O ano de 1923 marca o início da Previdência Social, com a criação da Caixa de Aposentadoria e Pecúlio para uma empresa ferroviária, que acabou por se estender para outras categorias, principalmente a partir do governo de Getúlio Vargas.

Nessa época, 50% das fábricas já tinham médicos, mas o atendimento era reservado apenas para os operários com “bom comportamento”. Os acidentes de trabalho eram encaminhados às Santas Casas de Misericórdia, que atendiam toda sorte de “indigentes”, evidenciando que a saúde estava mais ligada à caridade do que a um direito (ROCHA, 1993a).

Após esse período, com Getúlio Vargas, o Estado toma para si o papel de principal regulador das relações de trabalho (ROCHA, 1993b). Em 1930 é criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, tendo como uma das atribuições, orientar e supervisionar a Previdência Social, incrementada pela criação dos institutos de seguridade social, organizados por categorias profissionais. Luz (1991) observa que o Estado participava da gestão dos sindicatos e institutos, controlando a seleção, a formação e a eleição de seus dirigentes, corroborando para a principal característica da Era Vargas, qual seja, o clientelismo.

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, vai reunir a legislação referente à organização sindical, previdência social, proteção ao trabalhador e justiça do trabalho, permanecendo como a base da legislação trabalhista até hoje. Em relação à saúde, somente em 1978, o Capítulo V da CLT vai dispor sobre as Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho, as quais são constantemente modificadas e atualizadas conforme os tensionamentos entre os diferentes saberes dessa área e as conseqüentes possibilidades políticas, porém os servidores públicos não são incluídos na legislação de saúde e segurança do trabalho, na medida em que são normas voltadas aos trabalhadores celetistas.

A promulgação da Constituição de 1946 marca um novo período nas relações entre saúde e trabalho. Apesar de não alterar a estrutura sindical, que permanece fortemente atrelada ao Estado, percebe-se uma redemocratização da Previdência, com um aumento significativo das despesas com a assistência médica dos seus segurados, e a criação da Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS). O Ministério da Saúde torna-se autônomo em relação ao Ministério da Educação, em 1953, mas ainda não atua na saúde dos trabalhadores, sendo que esta esfera mantém-se sob responsabilidade do Ministério do Trabalho. Em 1963 temos a promulgação do Estatuto do Trabalhador Rural, como resultado da pressão exercida pelas ligas camponesas (ROCHA, 1993c).

Com a ditadura militar, o período entre 1964-1980 é marcado por forte centralização política. O período se inicia com o silenciamento dos sindicatos e partidos de esquerda e termina com o surgimento de novos movimentos sociais com outras pautas de reivindicação, como aqueles que inseriram a saúde como luta política, por exemplo. Com relação aos sindicatos, houve intervenção em 70% daqueles com mais de cinco mil trabalhadores, considerando que a “Lei da Greve”, de 1964, impedia o livre exercício da atividade sindical. Já em relação à saúde, optou-se por uma diminuição do orçamento do Ministério da Saúde, em paralelo ao aumento dos gastos com a assistência médica da Previdência Social, bem como com o estabelecimento de convênios médicos com as empresas e a compra de serviços em saúde do setor privado. Esse conjunto de medidas evidencia que o direito à saúde permanece relacionado ao contrato formal de trabalho (carteira assinada), com a

diferença de que, nesse período, o principal papel da Previdência passa a ser financiar o crescimento da atenção médica no setor privado (LUZ, 1991; ROCHA, 1993d).

Ainda em 1966 é instituído o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões até então existentes, e é criado o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), cuja

“Em um processo definido como biopolítica, a vida e seus mecanismos entram na ordem do saber e do poder, ou melhor, a vida passa a ser preocupação política” (Foucault).

função foi substituir a estabilidade no emprego. Em 1970, o INPS sofreu uma centralização administrativa, que culminou com a exclusão dos trabalhadores de sua direção. Em 1974 houve o desmembramento do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério do Trabalho. O primeiro ficou responsável pelo pagamento dos benefícios e atendimento ao segurado; o segundo, por fiscalizar

as ações obrigatórias de prevenção de acidentes, segurança e medicina do trabalho nas empresas, além de velar pelo respeito à legislação trabalhista como um todo.

Todas essas iniciativas afirmam um outro papel para o Estado na mediação das relações entre capital e trabalho. Sob essa nova estrutura, surge a base do sistema brasileiro de atenção à saúde dos trabalhadores, com caráter eminentemente privado, ligado ao capital e ancorado na rede enunciativa da Medicina do Trabalho (NARDI, 1999). Características muito claras desse modelo são a centralidade na figura do médico, a visão biológica, individual e unicausal das doenças e acidentes do trabalho (DIAS, 1994; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). A Saúde Ocupacional, identificada por alguns autores como estágio intermediário entre a Medicina do Trabalho e a Saúde do Trabalhador, não chega a alterar as posições dos saberes que justificam as relações de poder capital-trabalho, referindo-se a uma passagem da unicausalidade para a multicausalidade na explicação etiológica das doenças; e de um modelo exclusivamente médico para um modelo multiprofissional, mas ainda centrado no médico (NARDI, 1999).

A partir de 1978, os movimentos sociais revigoram-se e tomam força. São realizadas grandes greves pelos metalúrgicos do ABC paulista, marcando a retomada da organização dos trabalhadores em prol de uma pauta consistente de reivindicações. Em 1980, é criado o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), apontando para uma nova proposta na luta pela melhoria das condições de trabalho, a partir de uma aliança entre técnicos da saúde e sindicalistas. Diante do quadro de mudanças, a Saúde

do Trabalhador apresenta-se como nova área de análise e luta, diferenciando-se da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Sua principal característica é tomar o processo de trabalho como ponto de partida para analisar a relação entre saúde e trabalho, ao mesmo tempo em que pretende valorizar o saber e a experiência do trabalhador sobre seu próprio ofício, entendendo-o como sujeito ativo do processo saúde-doença e não, simplesmente, como objeto de atenção à saúde (DIAS, 1994; NARDI, 1999).

Concomitante às discussões das principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizava-se a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, marcando o conflito com os setores tradicionais da Medicina do Trabalho, pois “instaurar o novo paradigma implica, por conseguinte, enfrentar e extrapolar as concepções tecnicistas hegemônicas nessa área especializada da medicina e da engenharia. Concepções consolidadas que fornecem soluções modelares, reproduzidas na formação de profissionais e sustentadas por volumosos recursos econômicos e técnicos” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A Saúde do Trabalhador passa a ter nova definição a partir da Constituição Federal de 1988 que, ao mencionar a saúde do trabalhador e o ambiente de trabalho, o faz expressamente no capítulo do direito à saúde. Seguindo essa definição, a Lei Federal 8.080/1990 estabelece que a Saúde do Trabalhador é área de atuação do Sistema Único de Saúde, e não mais atribuição exclusiva do Ministério do Trabalho e Emprego ou do Ministério da Previdência Social. Dias (1993) resume as competências do SUS, em relação à saúde dos trabalhadores, conforme aparecem na referida lei:

assistência ao trabalhador vítima de acidente do trabalho ou doença ocupacional; realização de estudos, pesquisas, avaliação e controle de riscos e agravos nos ambientes de trabalho; normatização da fiscalização e controle dos riscos à saúde dos trabalhadores (“invasão” do espaço do Ministério do Trabalho que detinha exclusividade na fiscalização); avaliação dos impactos das novas tecnologias; e informação aos trabalhadores e empregadores.

No entanto, a redação de alguns artigos da Constituição abriu brechas para a sobreposição das atribuições do Ministério do Trabalho e do Ministério da Saúde: “Confundi-se, inadequadamente, a inspeção do trabalho, reservada à União (CF, art. 21, XXIV), com a vigilância da saúde dos trabalhadores, obrigações do sistema de saúde que, por mandamento constitucional, deve ser descentralizado para todas as esferas do governo (CF, art. 198,I)” (BRASIL, 2001). Essa confusão entre os papéis das organizações governamentais não deixa de ser um analisador, que revela a disputa político-ideológica, presente nessa área: entre aqueles que seguem a defender o modelo da Medicina do Trabalho (mesmo sob nova nomenclatura) e outros que tentam não só legitimar, mas fazer avançar, o modelo proposto pela Saúde do Trabalhador. Sendo assim, o Estado apresenta-se como palco da disputa pela hegemonia do saber a respeito das relações saúde-trabalho, nas quais os técnicos de saúde ligados ao SUS e aos sindicatos tendem a estar mais vinculados à área da Saúde do Trabalhador, enquanto os técnicos das empresas, do Ministério do Trabalho e da Previdência Social identificam-se, em sua maioria, com a Medicina do Trabalho (NARDI, 1999).

Apesar das normas e da legislação, o governo federal ainda tem um longo caminho para a construção de uma política

forte para o setor, que garanta subsídios para os estados e municípios com instrumentos de gestão consistentes e recursos suficientes. Nessa direção, temos algumas propostas de projeto de lei para definição mais clara do papel do SUS nas ações de Saúde do Trabalhador, bem como a Portaria do Ministério da Saúde 1.679/2002, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). “A RENAST é uma rede desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Tem como objetivo articular, no âmbito do SUS, ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho” (BRASIL, 2007).

Chamamos a atenção, no entanto, para o fato de que as políticas públicas direcionadas à saúde do trabalhador tendem a ter como foco principal os trabalhadores vinculados às organizações privadas, deixando uma importante lacuna na atenção à saúde para os servidores públicos. Analisando brevemente como o tema da saúde do servidor público foi tratado nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST), veremos que a ênfase sempre esteve na formação e na justa remuneração do servidor público, sem priorizar a relação entre saúde e trabalho. Em relação à escassa bibliografia sobre o tema, encontramos apenas um artigo que relata a experiência de saúde do trabalhador público, realizada na Prefeitura de São Paulo, nos aspectos relacionados à perícia médica, à assistência e à promoção da saúde, sendo que a saúde do servidor público foi tratada como tema da área de gestão de pessoas (CARNEIRO, 2006).

Discursos: a saúde do servidor público nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador

I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

Realizada em dezembro de 1986, a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador teve como principal marca, a formulação de conteúdos para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, os quais foram incorporados na Constituição Federal de 1988 e na Lei do SUS, em 1990. Já na sua forma de organização, fica evidente o esforço para quebrar a hegemonia do Ministério do Trabalho – percebido naquele momento como intimamente ligado aos interesses empresariais – nas ações referentes à saúde do trabalhador, levando-a efetivamente para a área da saúde. Na falta de uma definição mais clara do Ministério da Saúde, quem coordena a organização das Conferências é o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz. Os empresários foram os principais ausentes nos processos de discussão e deliberação, com apenas 1% de representação entre os delegados participantes.

Em seu Relatório Final (BRASIL, 1986), a Conferência estabelece o consenso de que a saúde dos trabalhadores extrapola os limites da saúde ocupacional, introduzindo o conceito ampliado de saúde. Afirma a necessidade de revisar a legislação, ampliando as listas de doenças ocupacionais, com uma legislação única que assegure os mesmos direitos a todos, independentemente de trabalharem na área urbana, rural, pública ou privada. Enfatiza, em vários momentos, a necessidade da criação de um Sistema Único de Saúde, com descredenciamento da rede privada

e programas específicos de atendimento ao trabalhador. Em relação à vigilância, sugere que as ações sejam de responsabilidade do SUS, com participação dos trabalhadores, evitando-se que os profissionais que realizam a fiscalização tenham vínculos com a empresa. Da mesma forma, criticam a subordinação dos Serviços de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho (SESMTs) às empresas, sugerindo que os mesmos fiquem sob controle dos sindicatos ou das associações de classe. As questões relativas ao trabalho rural e à proibição do trabalho do menor de idade são destacadas em vários itens. Levanta a necessidade do envolvimento cada vez maior dos sindicatos na questão da saúde como objetivo de luta, ressaltando a importância da organização dos trabalhadores para a abertura de novos espaços. Em seu último eixo a Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores, estabelece direitos básicos de saúde do trabalhador. Em relação aos portadores de deficiência, estabelece o direito ao trabalho, acompanhamento em saúde, reabilitação e reinserção no trabalho, bem como aposentadoria especial.

Quanto aos servidores públicos, tecem comentários sobre os trabalhadores de saúde, defendendo uma política de recursos humanos que reorienta sua formação e garanta uma remuneração digna dos mesmos, não chegando a discutir a relação entre saúde e trabalho.

II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

A II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foi realizada oito anos depois, sob a égide da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, na qual está incorporada a atenção à saúde dos trabalhadores como papel do SUS. Seu tema central foi

Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador, e os temas complementares: Desenvolvimento, meio ambiente e saúde; Cenário de saúde do trabalhador de 1986 a 1993 e perspectivas; e Estratégias de avanço na construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. As principais marcas dessa conferência, segundo seu relatório, foram a definição da unificação das ações de saúde do trabalhador no SUS e a discussão das dimensões políticas, sociais, econômicas, técnicas e gerenciais desse caso particular de política pública.

Uma das principais propostas aprovadas na Plenária Final (BRASIL, 1994) foi a necessidade de unificação de todas as ações de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. Em relação à saúde do servidor público, aparece a preocupação em garantir ações dentro do sistema de vigilância e fiscalização nas instituições públicas e privadas (p.17); a criação de Comissões de Saúde do Trabalhador nos serviços públicos e privados (p.20); e a exigência de que o serviço público em todas as esferas de governo, enquanto empregador, passe a emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)² (p. 35). Ao trabalhador da saúde foi dedicado um capítulo específico (capítulo V – Recursos Humanos para a Saúde do Trabalhador), o qual afirma a necessidade de regulamentar e cumprir as regulamentações e resoluções já existentes em relação à formação de recursos humanos para a saúde; defende que os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador sejam locais de formação na área de saúde e trabalho, reconhecendo a natureza multidisciplinar e continuada da formação nessa área, bem como a necessidade de inclusão dos profissionais de serviço social e psicologia nas equipes de saúde, “permitindo maior humanização do serviço e defesa dos interesses dos trabalhadores”

(BRASIL, 1994). Sobre gestão dos recursos humanos pelo Estado, afirma-se que o governo deve investir na qualificação dos trabalhadores dos serviços públicos de saúde; ampliar, mediante concurso público, o quadro de pessoal voltado para as ações de saúde do trabalhador no SUS; implantar o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), incentivando o regime de dedicação exclusiva para os profissionais da saúde; e, finalmente, regulamentar a

“As políticas públicas direcionadas à saúde do trabalhador tendem a ter como foco principal os trabalhadores vinculados às organizações privadas, deixando uma importante lacuna na atenção à saúde para os servidores públicos”.

formação profissional e a situação trabalhista dos agentes comunitários de saúde. Considerando a atuação dos profissionais da área, o relatório explicita que se deve “tomar como objeto de análise, nas ações de vigilância em saúde do trabalhador, as relações profissionais e institucionais a que estão submetidos os profissionais de saúde, contemplando, inclusive, aspectos de sua saúde mental” (ibidem, p.27).

Embora a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador tenha se realizado em dezembro de 2005, seu relatório ainda não foi publicado (maio de 2007). Motivo pelo qual não o incluímos nesta revisão. Pela análise das Conferências percebemos que a ênfase de ambas, considerando o trabalhador servidor público, foi a formação e a justa remuneração do servidor, sem priorizar a relação entre saúde e trabalho. Sendo assim, voltamos a repetir, tanto nas políticas públicas como nas Conferências, as formas de organização e as relações de trabalho do servidor público não foram priorizadas, sequer problematizadas, como evidencia, de forma contundente, o exemplo a seguir.

Práticas: ações em saúde do trabalhador para o servidor público – o caso de um estado brasileiro

Um dos objetivos da pesquisa à qual este trabalho se refere (RAMMINGER, 2006) foi mapear a política e os serviços de atenção à saúde do servidor público, com ênfase nos trabalhadores da área de saúde. Tivemos oportunidade de conhecer a realidade de apenas um estado brasileiro, mas consideramos que seja representativa do que acontece em grande parte de nosso País.

Começamos relembando que as políticas públicas direcionadas à saúde do trabalhador elegeram como foco principal os trabalhadores vinculados às organizações privadas, deixando uma importante lacuna na atenção em saúde para os servidores públicos. Essa constatação não deve ser confundida com a defesa da criação de centros de atenção à saúde do trabalhador para o servidor público, pois na lógica da Saúde do Trabalhador, não seria adequado criar serviços especializados (um para o público, outro para o privado).

Entretanto, os centros de referência de atenção à saúde do trabalhador, além de insuficientes, estão direcionados para as questões dos trabalhadores regidos pela CLT, limitando o conhecimento e as formas de intervenção no setor público.

Cabe ressaltar, no entanto, algumas iniciativas recentes, tais como o Decreto 5.961/2006, da Presidência da República, que institui o “Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal”, bem como a Portaria 1.675/06, também do governo federal, que institui o “Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Cíveis Federais”, que pretende “apresentar normas e critérios para uniformização e padronização de condutas no âmbito do Serviço Público Federal, no que se refere ao serviço de saúde e perícia médica do servidor” (BRASIL, 2006). Um projeto piloto, seguindo essas orientações, está em fase de implantação em Brasília. Embora trate apenas dos servidores públicos civis federais, entendemos que tal legislação aponta para uma tendência de mudança. Uma tendência, sem dúvida, ainda que bem distante do que percebemos hoje em relação às políticas hegemônicas de atenção à saúde do servidor público.

É nesse contexto que chegamos à realidade do referido estado, onde as ações em saúde do trabalhador para o setor público ficam centralizadas no Centro de Perícias Médicas. Assim, foi neste serviço que realizamos duas entrevistas, com um roteiro de perguntas semi-abertas, no decorrer do ano de 2004: uma individual, com o coordenador do serviço; e outra em grupo, com a equipe de saúde mental, composta por sete psicólogas, três psiquiatras e uma assistente social.³ Ao servidor público do referido estado, resta justificar suas ausências ou afastamentos no trabalho ao Departamento de Perícia Médica e Saúde do

Trabalhador que, apesar de ter integrado recentemente a “saúde do trabalhador” ao seu nome, segue com a atividade principal de “perícia”, ou seja, “com a principal função de ver se os funcionários estão aptos para o trabalho quando ingressam no serviço público, e também de homologar os atestados médicos e os exames de insalubridade” (médico do trabalho, coordenador do Departamento. O Departamento chegou a manter um Serviço de Atendimento à Saúde do Trabalhador Estadual, oferecendo tratamento psicoterápico, grupo terapêutico para portadores de LER/DORT e acompanhamento terapêutico, mas o serviço foi fechado na atual gestão para “uma reavaliação”.

O coordenador do Departamento de Perícia Médica e Saúde do Trabalhador afirma, na entrevista, que não vê relação entre o adoecimento e as atividades de trabalho⁴. Quando um trabalhador adoecer “geralmente são problemas individuais que não foram detectados nos exames de ingresso, pois nem sempre a gente consegue ver tudo, sempre deixa passar alguma coisa”. Frente à insistência na pergunta, o coordenador citou o caso de funcionários de uma agência de um banco do estado que sofreu muitos assaltos seguidos: “nesta agência tivemos muitos casos de estresse, logicamente relacionados à seqüência de assaltos, mas é um caso isolado.” A coordenadora do serviço de saúde mental do departamento lembra que os maiores índices de adoecimento estão entre os trabalhadores da segurança pública e da educação, mas, segundo ela, isso se deve ao número de funcionários de cada secretaria, pois “a secretaria de educação é a maior do estado”.

Para o coordenador, mais do que as atividades de trabalho, o que pode influir no adoecimento dos funcionários é a troca de governo, dizendo perceber claramente

o aumento ou diminuição no adoecimento dos servidores, conforme as mudanças de gestão. Neste governo, por exemplo – refere ele – “a média de adoecimentos baixou bastante, visto que é um governo conciliador, que trata bem os funcionários, sem perseguições políticas, sem ‘caça às bruxas’”. No entanto, apesar da influência constatada, ressaltou, ainda, que todos do seu setor eram “apolíticos”, e estão ali por suas condições técnicas, citando a si próprio como exemplo, pois apesar da coordenação “ser um cargo político”, em seu caso prevaleceu a experiência de 30 anos como médico do trabalho, afirmando que não tem tempo para as questões políticas, pois sua preocupação “é atender bem aos funcionários”.

Em seguida, sugeriu que fossem entrevistadas “as meninas da saúde mental”, já que o serviço de atendimento ao trabalhador, que foi fechado, era subordinado à equipe de saúde mental do departamento. Na entrevista realizada, estavam presentes apenas as psicólogas, que definiram que seu “método de trabalho varia de acordo com a designação da direção. Atualmente a gente tem trabalhado mais com avaliação diagnóstica e homologação de licenças-saúde, não tanto com a promoção de saúde”.

Ao contrário do coordenador do departamento, a equipe de saúde mental considera que nos adoecimentos dos servidores públicos, “há poucos casos que não estão relacionados ao trabalho”. Ressaltam que sempre há um fator no adoecimento relacionado ao trabalho, até porque o trabalho não pode ser desvinculado da vida. Isso fica bem claro, sublinha a equipe, nos processos de readaptação, nos quais a mudança do local de trabalho interfere diretamente no agravamento ou melhora do quadro patológico do servidor.

Essa contradição, isto é, o contraste entre o entendimento da coordenação do departamento e o do setor de saúde mental, é amenizada ao passo que uma delas argumenta: “esse pensamento de algumas áreas da psicologia, de que o trabalho é adoecedor e o local de trabalho pode ser um dos fatores de adoecimento, é uma coisa muito pouco discutida”. “A tendência é sempre individualizar os casos, e não levá-los para o coletivo”, lembra.

As psicólogas começam a relatar que há uma clara divisão no setor, “entre uma perícia médica e uma saúde do trabalhador”, enfatizando que “o trabalho depende da gestão”. Pelo que colocam, atualmente, as diretrizes estão mais voltadas para as atividades de perícia, sendo que sua principal atividade é a homologação ou não de atestados médicos. “É claro que quando se atende alguém, mesmo que com atestado, vai se avaliar aquela pessoa, mas o objetivo da avaliação, a finalidade, é homologar ou não a licença”.

Sendo assim, quando a equipe de saúde mental identifica um adoecimento, no caso psicológico, “a gente sugere um tratamento”. Mas esse tratamento é sempre individual e em instituição privada, visto que o serviço que atendia aos servidores foi fechado, e não há menção ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Esse é um dos dilemas relatados pela equipe, pois entendem que os adoecimentos estão relacionados ao trabalho, mas só podem fazer encaminhamentos individuais.

Aos poucos, a entrevista com as psicólogas adquire um caráter de reflexão sobre suas próprias condições de trabalho, considerando a dificuldade de ser uma equipe com pouca margem de decisão sobre suas atividades, dependendo de frágeis e variáveis diretrizes: “até agora

foram dois grupos de saúde mental, a equipe fica improvisada”. Uma das psicólogas, por exemplo, está realizando uma pesquisa para a sua especialização, analisando os índices de estresse dos profissionais da Perícia. “Os resultados preliminares são assustadores, mais da metade dos trabalhadores daqui já tem índices compatíveis com a síndrome de burnout”.

Somam-se a esse resultado, a resistência para buscar ajuda em função do preconceito. É como se o trabalhador da saúde, entre os quais se incluem os próprios profissionais da Perícia, não pudesse adoecer, sob pena de ter sua condição de bom trabalhador questionada, como conclui uma das entrevistadas: “o que eu imagino, uma hipótese, é de que realmente nós, profissionais da saúde, trabalhando com a saúde, a gente tem uma dificuldade de procurar auxílio, tem uma idéia que está muito próxima da doença”.

Uma outra profissional fala de sua dificuldade em buscar tratamento para si mesma, ressaltando que teve uma grande resistência em procurar ajuda, questionando-se sobre “como é que vai ser psicólogo, se adoecer?” É como se o sofrimento e o adoecimento, sobretudo psíquico, fossem um sinal de fraqueza.

Se a equipe responsável pelas questões ligadas à saúde mental dos servidores públicos sofre com a falta de acolhimento e as exigências de seu (en)cargo, também percebem o mesmo em relação aos demais trabalhadores de saúde do estado: “as pessoas da saúde demoram mais para procurar atendimento, lutam mais contra o adoecimento. Nos locais de trabalho as pessoas não são encaminhadas para atendimento, nem para a perícia. Então, quem vem é mais para apagar incêndio, às vezes já está sem nenhuma condição laboral, são casos mais graves”.

Sendo assim, percebemos a extrema vulnerabilidade das ações voltadas à atenção da saúde do servidor público que, definitivamente, não integram uma política pública, mas ficam à mercê dos diferentes governos, sendo que os enunciados da saúde do trabalhador parecem ter uma frágil penetração em uma área ainda hegemônica da Medicina do Trabalho, considerando a legislação vigente, bem como as entrevistas realizadas com os profissionais da Perícia Médica. Por outro

lado, o servidor público, como trabalhador, não tem merecido investimento, apenas controle, em consonância com um longo histórico de desvalorização de sua atividade. Os casos relatados e a reflexão das servidoras da Perícia Médica, que atendem a outros trabalhadores e colegas, é um exemplo pungente da invisibilidade a que tem sido relegada a relação entre saúde e trabalho no setor público.

(Artigo recebido em fevereiro de 2007. Versão final em junho de 2007).

Notas

¹ As entrevistas foram realizadas como parte da pesquisa para a Dissertação de Mestrado *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Defendida pela autora, em março de 2005, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), recentemente publicada pela Edunisc (RAMMINGER, 2006).

² A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) – deverá ser emitida pela empresa ou pelo próprio trabalhador, por seus dependentes, pela entidade sindical, pelo médico ou por autoridade (magistrados, membros do Ministério Público e dos serviços jurídicos da União, dos estados e do Distrito Federal e comandantes de unidades do Exército, da Marinha, da Aeronáutica, do Corpo de Bombeiros e da Polícia Militar), sempre que ocorrer um acidente de trabalho. Considera-se acidente de trabalho aquele ocorrido no exercício de atividades profissionais (típico) ou ocorrido no trajeto casa-trabalho-casa (de trajeto).

³ Por motivos éticos, o estado e o serviço em que a pesquisa foi realizada, bem como os sujeitos que dela participaram, não foram identificados.

⁴ Pergunta: Você acha que existe alguma relação entre o adoecimento dos trabalhadores e a sua atividade de trabalho? Qual?

⁵ A Síndrome de Burnout refere-se a um tipo de estresse diretamente relacionado ao trabalho, sobretudo aquele que envolve o contato direto e permanente com outras pessoas. Algumas de suas características são a exaustão emocional, o sentimento de esgotamento afetivo, a falta de motivação para o trabalho e o tratamento distante e “frio” dispensado à clientela.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. *II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

- _____. Ministério da Saúde. *Caderno de Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. *Governo implementa rede nacional para saúde no trabalho*. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 28 jan., 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Saúde do Trabalhador – RENAST. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/renast.html>>. Acesso em: 17 mai., 2007.
- _____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Portaria nº 1.675, de 06 de outubro de 2006: estabelece orientação para os procedimentos operacionais a serem implementados na concessão de benefícios de que trata a Lei 8.112/90 e Lei 8.527/97, que abrange processos de saúde, e da outras providências. . Publicada no Diário Oficial da União em 10 out., 2006.
- CARNEIRO, S.A.M.. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas – a experiência na Prefeitura de São Paulo. *Revista do Serviço Público*, vol. 57, n. 1, jan./mar. Brasília: ENAP, 2006, p. 23-49.
- DIAS, E.C.. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: *Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil* ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (org).. Petrópolis: Vozes, 1993.
- _____. *A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?* Tese [Doutorado]. Campinas: Departamento de Medicina Social, Universidade Estadual de Campinas, 1994.
- FOUCAULT, M.. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- LUZ, M.. *Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 1991.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13, p. 21-32, 1997.
- NARDI, H.C.. *Saúde, trabalho e discurso médico*. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 1999.
- RAMMINGER, T.. *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2006.
- ROCHA, L.E.. Os primórdios da industrialização e a reação dos trabalhadores: pré 30. In: *Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil*. ROCHA, L.E.; ROCHA, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (org.). Petrópolis: Vozes, 1993a. p. 83-96.
- _____. A intervenção do Estado nas relações de trabalho: 1930-1945. In: *Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil* ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (org.). Petrópolis: Vozes, 1993b. p. 97-108.
- _____. Tudo por um Brasil grande: 1945-1964. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (orgs). *Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 1993c. p. 109-21.
- _____. O milagre econômico e o ressurgimento do movimento social: 1964-1980. In: *Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil*. ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (orgs). Petrópolis: Vozes, 1993d. p. 122-37.
- WEBER, M.. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. 11ª ed. São Paulo: Pioneira, 1996 [1904-05].

Resumo – Resumen – Abstract**Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público***Tatiana Ramminger e Henrique Caetano Nardi*

O presente artigo pretende tecer algumas considerações a respeito dos discursos e práticas da área da saúde do trabalhador em relação aos trabalhadores dos serviços públicos. Na primeira parte, demarca a construção do campo da Saúde do Trabalhador enquanto política pública no Brasil, identificando como as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador trataram o tema da saúde do servidor público. Em seguida, analisa entrevistas realizadas com profissionais da Perícia Médica de um estado brasileiro. Ao final, conclui que ações voltadas à atenção da saúde do servidor público não integram uma política pública, mas ficam à mercê dos diferentes governos, sendo que os enunciados sobre a saúde do trabalhador têm uma frágil penetração em um campo ainda hegemônico da medicina do trabalho. A saúde do servidor público não tem merecido investimento, apenas controle, em consonância com um longo histórico de desvalorização do setor público.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; servidor público; medicina do trabalho

Salud del trabajador: uno (no) mirar para al trabajador público*Tatiana Ramminger y Henrique Caetano Nardi*

El actual artículo se propone tejer algunas consideraciones con respecto a los discursos prácticos y del campo de la salud del trabajador en lo referente a los trabajadores de los servicios públicos. Empezamos la demarcación de la construcción del campo de la salud del trabajador como políticas públicas en el Brasil, identificando como las conferencias nacionales de la salud del trabajador se habían ocupado del tema de la salud del servidor público. Después de eso, analizamos las entrevistas llevadas a cabo con los profesionales de la peritación médica de un estado brasileño. Concluimos que las acciones dirigidas a la atención de la salud del servidor público no integran una política pública, pero están sometidas a los designios de los diversos gobiernos, y que las declaraciones de la salud del trabajador tienen una débil influencia en un campo de la medicina del trabajo que tiene la hegemonía. El servidor público, como trabajador que es, no ha merecido la inversión debida sino el control, de acuerdo con una larga historia de depreciación del sector público.

Palabras-clave: Salud del trabajador; Servidor público; Medicina del trabajo

Worker's health: a (absent) regard on the public sector worker*Tatiana Ramminger and Henrique Caetano Nardi*

This article presents a discussion on the discourses and practices concerning the health care workers' field in relation to the public sector's workers. Initially we define the social construction of the worker's health field in Brazil as a public policy by identifying how the National Workers' Health Conferences treated the subject of the civil servants' health. Following, we analyzed interviews conducted with the staff responsible for the workers' health department of a Brazilian state. We concluded that the programs directed to the health care of civil servants do not integrate a public policy, and change at the will of each presidential administration; the central principles of the worker's health movement have a fragile penetration in the occupational medicine hegemonic field. The civil servant, as a worker, has not received the deserved attention, but only control, and this fact is coherent with a long history of discredit of the public sector.

Keywords: Workers' Health; Civil Servant; Occupational Medicine

Tatiana Ramminger

Psicóloga, especialista em Saúde e Trabalho (UFRGS), Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Atualmente realiza Doutorado, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (FIOCRUZ), com apoio do CNPq. Autora do livro *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*, 2006. Contato: <ramminger@ensp.fiocruz.br>.

Henrique Caetano Nardi

Médico Sanitarista e do Trabalho e Doutor em Sociologia. Atualmente realiza Pós- Doutorado no IRIS-EHESS (Paris-França), é Professor do Departamento e do Mestrado em Psicologia Social e Institucional na UFRGS, autor dos livros *Saúde, trabalho e discurso médico*, 1999; e *Ética, trabalho e subjetividade*, 2006. Contato: <hcnardi@terra.com.br>.