

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CENTRO SOCIOECONÔMICO

FERNANDA COSTA TEIXEIRA

**GESTÃO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO: UMA ANÁLISE A PARTIR
DA GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA
CATARINA**

FLORIANÓPOLIS
2017.1

FERNANDA COSTA TEIXEIRA

**GESTÃO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO: UMA ANÁLISE A PARTIR
DA GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA
CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Lara.

FLORIANÓPOLIS

2017.1

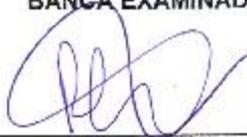
FERNANDA COSTA TEIXEIRA

**GESTÃO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO: UMA ANÁLISE A PARTIR
DA GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA
CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à banca examinadora para fins de avaliação e a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social, orientado pelo Professor: Dr. Ricardo Lara.

Florianópolis.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Ricardo Lara
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente da Banca Examinadora



Prof.ª, Dr.ª Vania Maria Manfroi
Departamento de Serviço Social/UFSC
1ª Examinadora Interna



Benimari Moreira
Analista em Serviço Social/Ministério Público de Santa Catarina
2ª Examinadora Externa

**Dedico este trabalho aos que lutam pela
melhoria de vida da classe trabalhadora.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Terezinha e Pedro, pelo apoio incondicional a minha formação, tanto acadêmica quanto pessoal. Agradeço por serem exemplos de vida e parte essencial do meu ser.

As minhas irmãs Alessandra e Amanda, a minha avó Zulma e a tia Rejane pelo afeto.

Meus agradecimentos especiais a todas as pessoas que fazem a Universidade Federal de Santa Catarina funcionar e que auxiliaram nesse processo histórico que compôs a minha formação.

Agradeço a Professora Vânia, por aceitar participar da banca e por sua compreensão.

Ao meu Professor Orientador Ricardo Lara, por sua paciência e por compartilhar seu conhecimento.

Agradeço a toda equipe da GESAU, por dispensarem sua atenção a essa pesquisa.

A Benimari Moreira, Assistente Social, por estar sempre disposta a compartilhar seu saber, por mostrar as dificuldades e alegrias dessa profissão. Obrigada pelo estímulo em todos os momentos e por suas críticas construtivas.

Aos meus maravilhosos amigos pela confiança e suporte prestado. Amanda, Inêz, Yasmim, Marina, Hellen.

Agradeço a um anjo que me foi dado de presente nesse processo acadêmico, Beatriz Júlia. Você me auxiliou não só na conclusão desse trabalho, mas em toda a graduação e na vida. Obrigada amiga. Sua serenidade, inteligência e amor fez desse processo o melhor que podia ser.

**“Quanto mais aprimorada a democracia,
mais ampla é a noção de qualidade de vida,
o grau de bem-estar da sociedade e de igual
acesso a bens materiais e culturais.”**

Olga Matos.

RESUMO

Este trabalho objetiva analisar a gestão de Saúde e Segurança do Trabalho no Ministério Público de Santa Catarina. O processo de pesquisa possibilitou verificar as respostas dadas pela instituição às demandas de saúde trazidas por seus servidores. Partiu-se do contexto mais amplo da sociedade capitalista e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador para analisar a saúde, sua relação com o trabalho e como estrutura-se a atenção à saúde dos trabalhadores no Brasil. A saúde, enquanto produto da relação entre o homem e a sociedade, é compreendida como processo dinâmico de interação entre aspectos biológicos, psíquicos, sociais e culturais. O modo de produção capitalista ao influir de maneira devastadora sobre o trabalho, seja na esfera pública ou privada, influi também sobre as formas de adoecimento e suas soluções. A pesquisa foi realizada através de análise documental, bibliográfica e da legislação. Foram recolhidos dados levantados pela equipe de saúde da Gerência de Atenção à Saúde do MPSC, no período de 2015 a 2017.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Gestão e controle da força de trabalho. Administração Pública. Qualidade de Vida.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Organograma Gerência de Atenção à Saúde.....	56
Figura 2: Organograma Programa de Qualidade de Vida do MPSC.....	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Afastamentos para Tratamento de Saúde por sexo – 2015/jun.2017.....	62
Gráfico 2 – Quantidade de exames de saúde: Admissional – 2015/jun.2017.....	71
Gráfico 3 – Quantidade de exames de saúde: Periódico – 2015/jun.2017.....	72
Gráfico 4 – Quantidade de exames de saúde: Periódico Teletrabalho – 2015/jun.2017.....	72
Gráfico 5: Quantidade de exames de saúde: Retorno ao Trabalho – 2015/jun.2017.....	72
Gráfico 6: Quantidade de exames de saúde: Mudança de Função – 2015/jun.2017.....	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Valores da nova administração pública, tecnologias gerenciais e correspondentes práticas de governo.....	46-47
Quadro 2: Riscos Ambientais segundo NR9.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Tipos de afastamento – quantidade de dias e licenças – 2015/jun.2017.....	62
Tabela 2: Número de LTS por CID – Período 2015/jun.2017.....	63
Tabela 3: Número de LTS por CID M – Ano de 2015.....	64
Tabela 4: Número de LTS por CID M – Ano de 2016.....	64
Tabela 5: Número de LTS por CID M – Janeiro/Junho de 2017.....	65
Tabela 6: Número de LTS por CID F – Ano de 2015.....	66
Tabela 7: Número de LTS por CID F – Ano de 2016.....	66
Tabela 8: Número de LTS por CID F – Janeiro/Junho de 2017.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CF	Constituição Federal
CID	Código Internacional de Doenças
CIT	Central de Informações e Tecnologia
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAE	Classificação Nacional de Atividade Econômica
CORH	Coordenadoria de Recursos Humanos
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
DPSSO	Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional
DSAS	Diretoria de Saúde do Servidor
FAP	Fator Acidentário de Prevenção
GAECO	Grupo de Atuação Especial de Combate ao Crime Organizado
GEATE	Gerência de Atuária e Estatística
GECOB	Gerência de Controle de Benefícios
GEMED	Gerência de Contas Médico-Hospitalares
GEPEM	Gerência de Perícia Médica
GEPSA	Gerência do Plano de Saúde
GESAO	Gerência de Saúde Ocupacional
GESAU	Gerência de Atenção à Saúde
GESES	Gerência de Serviços de Saúde do Servidor
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
LTS	Licença para Tratamento de Saúde
LTSPF	Licença para Tratamento de Saúde da Pessoa da Família
MP	Ministério Público
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPDFT	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
MPF	Ministério Público Federal
MPM	Ministério Público Militar
MPSC	Ministério Público de Santa Catarina
MPT	Ministério Público do Trabalho
MT	Medicina do Trabalho
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Normas Regulamentadoras
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico e Previdenciário
OCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDV	Programa de Demissão Voluntária
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PSO	Projeto de Saúde Ocupacional
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
RSST	Representantes de Saúde e Segurança do Trabalho

SEA	Secretaria de Estado da Administração
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SO	Saúde Ocupacional
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1 SAÚDE DO TRABALHADOR - CONCEITOS E ASPECTOS RELEVANTES	21
1.1 O trabalho na sociedade capitalista	21
1.2 A reestruturação produtiva do capital e suas implicações no mundo do trabalho.....	24
1.3 A concepção de saúde e seus desdobramentos na coletividade	29
1.3.1 Perspectivas de atenção à saúde do trabalhador – percurso histórico	32
1.3.2 Consolidação da atenção à saúde dos trabalhadores no Brasil	38
2 GESTÃO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO EM SANTA CATARINA	43
2.1 Administração Pública e as “novas” formas de gestão sobre a força de trabalho.....	43
2.2 A atenção à saúde do trabalhador em Santa Catarina	49
2.3 Estrutura Organizacional do Ministério Público de Santa Catarina.....	53
3 A ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NO MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA	60
3.1 Do que adoecem os trabalhadores do MPSC?	60
3.2 O Programa de Qualidade de Vida do MPSC	68
CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS	80
ANEXOS	90
ANEXO A - Comarcas do Ministério Público no estado de Santa Catarina e respectivos municípios de abrangência existentes até o ano de 2017	91
ANEXO B - Cargos Vagos e Ocupados - Membros do MPSC – Junho 2017.....	94
ANEXO C - Cargos Vagos e Ocupados - Servidores do MPSC – Junho 2017.....	94

ANEXO D - Cargos em Comissão e Funções de Confiança Ocupados e Vagos – Junho 2017	95
APÊNDICES	99
APÊNDICE A - Normas Regulamentadoras.....	100

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso traz como tema a gestão da Saúde e Segurança do Trabalho no Brasil. Como objeto de estudo, tem-se a atenção à saúde dos trabalhadores no Ministério Público de Santa Catarina, que se dá através da Gerência de Atenção à Saúde - GESAU subordinada a Coordenadoria de Recursos Humanos desta instituição. A escolha por essa temática decorreu da experiência de estágio curricular obrigatório I e II, do curso de graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina, realizado nesta Gerência.

O Ministério Público é uma instituição autônoma e independente, que atua na defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e indisponíveis (BRASIL, 2017-A). Por isso, também integra a Administração Pública Direta. Pretende-se por meio desta pesquisa, apresentar as demandas de saúde trazidas pelos servidores do MPSC, bem como as ações desenvolvidas para respondê-las inseridas no contexto mais amplo da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Nesse sentido, faz-se necessário conhecer a realidade em que está inserida a instituição e apreender o processo de constituição e consolidação do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil.

Para tanto, o trabalho estrutura-se em três capítulos: No primeiro, antes de tudo, buscou-se situar historicamente os conceitos de trabalho e de saúde a partir de determinado grau de desenvolvimento social: do modo de produção capitalista. O modo de produção, compreendido em sua totalidade, é a relação orgânica entre a produção material e a reprodução política e ideológica da sociedade (LESSA, TONET, 2011).

Por meio do processo de reprodução social, propagam-se valores para garantir a manutenção da ordem social capitalista e suas especificidades - propriedade privada, exploração da força de trabalho, trabalho alienado, etc. As tensões¹ originadas da contradição existente entre capital e trabalho, marcadas principalmente pela desigualdade de distribuição da riqueza social, que apesar de ser produzida coletivamente, tem seu controle e usufruto privados, revelam os interesses antagônicos das classes, gerando inúmeros conflitos sociais, inclusive, nas instituições (RODRIGUES, 1999) (IAMAMOTO, 2015).

¹As tensões existentes são denominadas *expressões da questão social*. (NETTO; BRAZ, 2008).

As instituições aparecem nesse contexto como mediadoras dos diferentes projetos societários das classes, podendo ser vistas como parte de uma estratégia de hegemonia², sendo seus agentes os representantes dos diversos interesses sociais. (BISNETO, 2011).

A saúde no Brasil, após muitas lutas sociais dos trabalhadores, é direito garantido pela Constituição Federal de 1988 com caráter público e universal. Porém, são constantes os ataques do capital inviabilizando sua concretização na realidade, principalmente a partir da década de 1990, com a globalização da economia e a reestruturação produtiva (FREITAS, 2008). Tal processo acarretou em agravos à saúde dos trabalhadores, exigindo atuação do Estado, este tido como mediador e regulador das expressões da questão social.

Partindo dessas premissas, o primeiro capítulo visa analisar a resposta dada pelo Estado brasileiro para a saúde do trabalhador por meio da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, a partir de três perspectivas: da Medicina do Trabalho, da Saúde do Trabalhador e da Saúde Ocupacional.

A identificação de tais modelos possibilita a reflexão acerca dos modos de gestão da produção e da força de trabalho. Essa consideração se faz necessária para a investigação da gestão na Administração Pública, pois assim, podem-se comparar as semelhanças e diferenças entre a gestão pública e privada, tema tratado no segundo capítulo. Conhecer os fatores que influenciaram a constituição dos modelos de gestão dentro da Administração Pública, é imprescindível para fazer as conexões necessárias com a totalidade das relações sociais determinadas pela divisão social do trabalho, sua relação com o funcionalismo público em Santa Catarina e adentrar o contexto institucional do Ministério Público de Santa Catarina.

Conhecendo o funcionamento do MPSC, objetiva-se identificar no terceiro capítulo, quais doenças relacionadas ao trabalho acometem os servidores da instituição, bem como quais fatores influenciam nesse processo. Assim, realizar-se-á uma apreensão das respostas dadas pela instituição aos cuidados com a saúde dos servidores.

O estudo se justifica por sua contribuição com informações acerca do adoecimento dos servidores públicos e sobre as formas de atenção prestadas para respondê-lo e evitá-lo. Além disso, fortalece a ideia de ampliação das ações voltadas

² Segundo Simionatto (2011), Gramsci trata a hegemonia como direção intelectual e moral, que ocorre no campo das ideias e da cultura.

à saúde dentro do MPSC. Considerando a garantia de direitos e o bem-estar dos indivíduos, acrescenta à discussão sobre a necessidade de transformação nas relações de trabalho que hoje adoecem, acidentam e matam. Colabora ainda, com os profissionais que atuam na área, para que se possa aperfeiçoar o serviço diante das demandas e para a mudança da cultura organizacional hegemônica no Brasil.

A metodologia utilizada para a pesquisa se dá sob o enfoque do método dialético proposto por Marx. Trata-se de “situar e compreender os fenômenos sociais em seu complexo e contraditório processo de produção e reprodução, determinados por múltiplas causas e inseridos na perspectiva de totalidade” (BOSCHETTI, 2009, p. 7). A investigação parte da totalidade concreta, compreendendo os fenômenos como o momento de um todo complexo e contraditório.

Um fenômeno social é um fato histórico na medida em que é examinado como momento de um determinado todo e desempenha uma função dupla: definir a si mesmo e definir o todo, ser ao mesmo tempo produtor e produto, conquistar o próprio significado e ao mesmo tempo conferir sentido a algo mais (SWEEZY, 1983 apud BOSCHETTI, 2009, p. 7).

Nesse sentido, a análise dos fenômenos sociais compreende suas múltiplas causalidades e suas múltiplas funcionalidades. O que não significa dizer que a investigação dos fenômenos sociais deve abarcar todos os aspectos da realidade na sua infinidade de aspectos e propriedades. Como aponta Boschetti (2009), os fatos expressam um conhecimento da realidade, são determinados e determinantes do todo dialético, de modo que não podem ser compreendidos como fatos isolados e não podem ser explicados como imutáveis e indivisíveis. Os fenômenos sociais são sempre partes estruturais do todo.

Sendo assim, ao analisar um objeto deve-se considerar suas conexões internas, as relações entre suas diversas manifestações e dimensões.

Do ponto de vista histórico é fundamental situar o surgimento da política social, relacionando-a com as expressões da questão social que determinaram sua origem (e que, dialeticamente, também sofrem efeitos da política social). Do ponto de vista econômico, é importante relacionar a política social com as questões estruturais da economia e seus efeitos para as condições de produção e reprodução da vida da classe trabalhadora. Dito de outra forma, deve-se buscar relacionar as políticas sociais com as determinações econômicas que, em cada momento histórico, atribuem um caráter específico ou uma dada configuração às políticas sociais, assumindo, assim, um caráter histórico-estrutural. Do ponto de vista político, é importante conhecer as posições tomadas pelas forças políticas em confronto, desde o papel do Estado até a atuação de grupos que constituem as classes sociais e cuja ação é determinada pelos interesses da classe em que se situam. Essas dimensões – história, economia e política – não devem ser entendidas como partes estanques que se isolam, superpõem ou se complementam, mas como elementos de um todo profundamente

imbricado e articulado. Do ponto de vista estrutural, é importante buscar compreender as raízes que explicam o surgimento, desenvolvimento e conformação das políticas sociais em cada momento histórico e em cada país especificamente (BOSCHETTI, 2009, p. 8).

Com cunho exploratório, esse trabalho possui um caráter geral e busca o aprimoramento de ideias e análises. A pesquisa possui uma abordagem quantitativa.

Para a sistematização dos dados, foi realizado um trabalho de observação documental, bibliográfica e da legislação, selecionados de acordo com critérios de pertinência e relevância. O instrumento utilizado para coleta de informações foi o CIT Saúde do MPSC. O CIT (Central de Informações e Tecnologia) é de um software desenvolvido para organizar os dados levantados pela equipe de saúde da GESAU.

Os dados, do período de 2015-2017, foram organizados por: números de licenças para tratamento de saúde (LTS), tipos de LTS, doenças relacionadas ao trabalho, sexo, número de exames realizados, quantidade de postos de trabalho avaliados e números de atendimentos e de servidores abrangidos.

Por fim, é apresentada uma breve conclusão.

1 SAÚDE DO TRABALHADOR - CONCEITOS E ASPECTOS RELEVANTES

Neste primeiro capítulo pretende-se realizar uma aproximação com a temática da Saúde do Trabalhador, o que exige compreender as concepções de trabalho e de saúde em que tal conceito foi desenvolvido.

1.1 O trabalho na sociedade capitalista

O trabalho na perspectiva ontológica é “a objetivação pela qual o ser genérico se realiza”, é sua conformação concreta no mundo. O ser humano só se mantém como “ser prático e social [...] pelas suas objetivações, pelo conjunto das suas ações, pela sua atividade prática” (NETTO, 1981, p.56, grifos do autor). Como mostra Marx (1996, p. 297) em seus estudos:

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza.

Ou seja, em qualquer forma de produção e reprodução social o homem se apropria da Natureza para satisfazer necessidades, produzindo valor de uso.

No modo de produção capitalista, o trabalho é determinado pelo processo de produção historicamente determinado e com especificidades de certo grau de desenvolvimento social. Entende-se aqui o modo de produção como uma totalidade, uma relação orgânica entre o modo como a sociedade produz materialmente e reproduz política e ideologicamente sua existência (LESSA, TONET, 2011).

As forças produtivas (meios, objetos e força de trabalho) e as relações de produção (relações técnicas, especialização do trabalho, tecnologia, etc.) são determinadas pelo regime de propriedade privada dos meios de produção fundamentais. A riqueza é produzida coletivamente, enquanto sua apropriação se dá de forma privada. É no momento predominante da produção social que se expressa, de forma material e econômica, a exploração da força de trabalho, pois os meios e instrumentos de produção também são privados, restando a quem não os possui vender a sua força de trabalho. Dessa forma de relação social de vendedores e compradores de força de trabalho surge o trabalho assalariado (NETTO E BRAZ, 2008).

Como aponta Alves (2013, p. 14), há uma separação histórica e ontológica que forma “individualidades pessoais de classe”. A força de trabalho pode ser assimilada como: “1) força de trabalho como mercadoria; ou como 2) trabalho vivo no sentido de ser humano-genérico”. O trabalhador assalariado é mercadoria do ponto de vista histórico, e também ser humano genérico do ponto de vista ontológico.

A especificidade que se apresenta na sociedade capitalista é que se produz objetivando o valor de troca. O valor de uso produzido se torna suporte material do valor de troca. Há uma relação quantitativa de mercadorias diferentes trocadas entre si. Assim, reduz-se a mercadoria a algo em comum e faz-se uma abstração das suas qualidades, dos seus valores de uso, restando apenas uma única coisa em comum: são produtos do trabalho. É a partir desse valor que mercadorias diferentes são trocadas. Desconsidera-se o trabalho concreto para a produção de mercadorias e considera-se o tempo socialmente gasto para produzi-las. As particularidades do trabalho não são levadas em consideração (MARX, 1996).

Nesse ponto é perceptível o caráter “misterioso” da mercadoria, pois o trabalhador não reconhece nela as especificidades do seu trabalho. O trabalho concreto é subordinado ao trabalho abstrato, fazendo com que a produção de coisas socialmente úteis fique mascarada em relações de trabalho assalariado e estranhado (LUKÁCS, 2003).

O misterioso da forma mercadoria, consiste portanto, simplesmente no fato de que ela reflete aos homens as características sociais do seu próprio trabalho como características objetivas dos próprios produtos de trabalho, como propriedades naturais sociais dessas coisas e, por isso, também reflete a relação social dos produtores com o trabalho total como uma relação social existente fora deles, entre objetos (MARX, 1996, p. 198).

Esse tipo de “trabalho estranhado e suas determinações reflexivas (propriedade privada e divisão hierárquica do trabalho)”, nas condições históricas e estruturais do capitalismo, expressam a destruição progressiva da “mediação, regulação e controle do metabolismo do homem com a Natureza”, de modo que o homem não produz mais de maneira profícua para sua própria vida, pois o valor de troca é relacionado às necessidades sociais e do mercado (ALVES, 2013).

Basbaum (1985, p. 23), diz que o trabalhador “produz valor de troca para outro”. O que quer dizer que, além de produzir para satisfazer as necessidades de

terceiros, o produto do seu trabalho não lhe pertence. O trabalhador recebe em troca um salário que transforma em bens de subsistência.

Desse modo, as relações entre as pessoas assumem o caráter de relações entre coisas. Os homens produzem as mercadorias e estas assumem relações externas a eles. A isto se denomina fetichismo da mercadoria (MARX, 1996). O fetichismo torna as relações sociais reificadas. A reificação faz com que os produtos do trabalho pareçam possuir vida própria, tornando-se a base das relações sociais e mistificando as relações de trabalho (LUKÁCS, 2003). A naturalização dessa forma de relação social da sociedade capitalista acaba por fragmentar a vida social, impedindo os sujeitos de enxergarem o movimento da realidade (ÁVILA, 2013).

Assim, a objetivação pela qual o ser humano genérico se realiza lhe é negada, fazendo com que os sujeitos percam a consciência de si e condicionando sua “atividade prática positiva” à lucratividade (NETTO, 1981, p 56). Aqui os indivíduos não são proprietários de si, mas são aos olhos do capitalismo uma “mercadoria especial, [que] ao ser consumida, produz mais valor do que o valor que possui ou que traz em si” (JUNIOR, 2013, p. 35, grifo do autor). Para acumular e valorizar o capital, é crucial a produção de mais valor proveniente do sobretrabalho. Segundo Marx (1996, p. 40-41):

Nos primórdios do regime capitalista, quando as inovações técnicas avançavam com lentidão, o aumento da quantidade de mais-valia por operário ocupado só era possível mediante criação de mais-valia absoluta, isto é, mediante prolongamento da jornada de trabalho ou intensificação das tarefas, de tal maneira que o tempo de sobretrabalho (criador de mais-valia) aumentasse, enquanto se conservava igual o tempo de trabalho necessário (criador do valor do salário). No entanto, a característica mais essencial do modo de produção capitalista não é a criação de mais-valia absoluta, porém de mais-valia relativa. Esta resulta do acúmulo de inovações técnicas, que elevam a produtividade social do trabalho e acabam por diminuir o valor dos bens de consumo nos quais se traduz o valor da força de trabalho, exigindo menor tempo de trabalho para a reprodução desta última. Por isso, sem que se alterem o tempo e a intensidade da jornada de trabalho, cuja grandeza permanece a mesma, altera-se a relação entre seus componentes: se diminui o tempo de trabalho necessário, deve crescer, em contrapartida, o tempo de sobretrabalho.

Quanto mais a produção capitalista se desenvolve, mais as relações sociais se tornam reificadas e alienadas. A reprodução das relações sociais é reduzida, cada vez mais, à reprodução dos meios de produção. Trata-se de um processo contraditório e complexo que engloba toda a sociedade (IAMAMOTO, 2015). É importante ressaltar que, ainda que o elemento econômico seja

predominante, existem processos de reprodução política e ideológica, que desencadeiam da base material dessas relações de produção. Há sempre uma relação entre elementos políticos e econômicos.

as relações sociais de produção envolvem contradições de classe (capital e trabalho) que se amplificam em contradições sociais (burguesia e proletariado) e políticas (governados e governantes). Toda a sociedade torna-se o “lugar” da reprodução das relações sociais. Todo o espaço ocupado pelo capital transforma-se em “espaços de poder” — a empresa, o mercado, a vida cotidiana, a família, a cidade, a arte, a cultura, a ciência, entre outros —, tanto aqueles onde a mais-valia é produzida, quanto aqueles em que ela reparte-se e é realizada, abrangendo o conjunto do funcionamento da sociedade (LEFEBVRE 1973 apud IAMAMOTO, 2015, p. 49-50).

Por isso, é primordial conhecer o contexto na qual estamos inseridos para apreender a influência dessa relação sobre a realidade.

1.2 A reestruturação produtiva do capital e suas implicações no mundo do trabalho

Vivemos em um momento histórico marcado por uma reconfiguração do processo produtivo e de serviços. Trata-se de um período de mundialização e financeirização do capital que reorganiza todo o mundo do trabalho. Fala-se aqui do processo heterogêneo e multifacetado de reestruturação produtiva do capital. Tal reestruturação criou padrões de organização social e sexual da força de trabalho, expandiu a inserção tecnológica por meio da informatização e da microeletrônica e trouxe novas modalidades de gestão (ANTUNES, 2010).

Mota e Amaral (2008) mostram que as mudanças na divisão social e técnica do trabalho fazem parte de um conjunto de medidas para enfrentar as crises³ do capitalismo. A reestruturação da produção e a reorganização dos mercados são intrínsecas à busca por um “equilíbrio” na recomposição do ciclo de reprodução do capital. Busca-se além da reestruturação econômica, reconstruir a relação entre mercado e Estado para garantir a sujeição do trabalho ao capital. Isso exige que as regras de sociabilidade também sejam modificadas.

³As crises fazem parte da dinâmica do capitalismo. [...] Elas são elemento constitutivo desse modo de produção, sendo certo que este é impensável sem aquelas. Pode-se afirmar que o desenvolvimento capitalista processa-se em ciclos, e isso, grosso modo, quer dizer que há lapsos temporais de crescimento econômico seguidos, sempre, de lapsos temporais de estagnação ou recessão econômica. [...] ocorre crescimento econômico porque houve uma crise, e há crise porque houve crescimento econômico (HILLESHEIM, 2015, p. 167-168, grifos do autor). Trata-se de uma crise estrutural, inerente ao modo de produção capitalista.

Na esfera da produção verifica-se o aumento das taxas de lucro por meio do aumento da produtividade do trabalho que se dá através das novas formas de consumo da força de trabalho, muitas vezes intermediadas pelas inovações tecnológicas aplicadas à produção. Aparecem também novas formas de gestão que visam garantir a racionalização da produção (MOTA; AMARAL, 2008). Há uma centralização e concentração do capital que ocorre via fusões entre empresas (resultando em demissões em massa), e ainda em diversos modos de descentralização (terceirização, realocações industriais, legislações trabalhistas flexíveis, etc.) (LARA, 2011).

Na esfera sociopolítica e institucional os modos de controle do capital sobre o trabalho se moldam por intermédio de “reformas institucionais e a implementação de mecanismos capazes de promover a adesão e o consentimento dos trabalhadores às mudanças requeridas” (MOTA; AMARAL, 2008, p. 35).

Após a crise do fordismo, do modelo de produção em massa e a crise do Estado de Bem-Estar Social⁴, o capital passou a adotar um novo modelo de produção, o chamado toyotismo ou modelo de acumulação flexível. A produção de mercadorias passou a variar de acordo com a demanda, prezando pela “eficiência” e implementando o que se chama sistema *just-in-time* (em cima da hora). A importação das matérias-primas e a produção das mercadorias são combinadas com o mercado consumidor. O processo de trabalho, diferente do fordismo em que cada trabalhador realizava uma função específica, torna-se “flexível”, ou seja, o trabalhador é responsável por inúmeras funções que devem ser executadas de acordo com a necessidade do seu local de trabalho, é o que se intitula trabalhador “polivalente” e “multifuncional” (HARVEY, 2001).

Ao realizar um estudo sobre gestão de saúde e segurança do trabalho, Freitas (2008, p. 20) aponta que nesse novo modelo de gestão, os trabalhadores são “chamados a participar da gestão para garantir os interesses das organizações, [...] tornam-se colaboradores, assumem riscos e responsabilidades”, sem que, no

⁴Trata-se da organização política e econômica que coloca o Estado como agente de promoção social e organizador da economia. O Estado garante padrões mínimos de educação, saúde, habitação, renda, seguridade e emprego a todos os cidadãos. É baseado nas ideias de Keynes. Ocorreu nos países centrais, após a Segunda Guerra Mundial para responder a crise de 1929. Dois modelos foram implementados: o bismarckiano, caracterizado pela contribuição individual como critério para a concessão de benefícios de Proteção Social. E o modelo Beveridgeano, que corresponde a cobertura universal da Proteção Social, sem a exigência de contribuição individual (PEREIRA, 2010).

entanto, possam decidir de fato sobre questões que lhe dizem respeito, como saúde, segurança e preservação do ambiente de trabalho⁵.

Além disso, é adotado nos países desenvolvidos, como instrumento de gerenciamento, um sistema de gestão da qualidade total para organizar e sistematizar o processo de trabalho, além de aumentar a competitividade do mercado. Por meio de normas passa-se a exigir um padrão de qualidade, de “confiabilidade e desempenho previsível de produtos e serviços” (FREITAS, 2008, p. 22).⁶ Ainda segundo a autora (2008, p. 25, grifos do autor), tais normas foram necessárias, pois, o sistema de gestão de qualidade por si só não foi suficiente para garantir às organizações os resultados desejados e destaque no mercado. Além do que, era cobrada das mesmas “quesitos de atuação ética, responsabilidade social e ambiental [e] desenvolvimento sustentável”.

No Brasil, a inserção de novas tecnologias e o processo de mudanças organizacionais teve início nos anos 1980. Antunes (2010) coloca que, devido à acumulação industrial brasileira ter sido concebida apenas a partir da década de 1950, com restrição de mercado interno e exportação de bens primários e industriais ainda em desenvolvimento, a reestruturação produtiva se deu de maneira mais lenta que nos países capitalistas centrais. Sua intensificação se deu nos anos 1990 e ganha nova ênfase na atualidade. O autor aponta que, por ser considerado um país de capitalismo hipertadio, a reestruturação produtiva se apresenta aqui com certas peculiaridades. Os novos ganhos de produtividade no país, por exemplo, “não derivam de investimentos pesados em maquinário e automação”, tal crescimento se deve “aos novos processos de trabalho, aos métodos de gestão e à custa da perda do emprego de milhões de trabalhadores” (SABÓIA apud MOTA; AMARAL, 2008, p. 11).

⁵Entende-se com ambiente de trabalho o conjunto de todas as condições de vida no local de trabalho. Em senso estrito refere-se as características do local (dimensões, iluminação, aeração, rumorosidade, presença de poeira, gás ou vapores, fumaça, etc.). Abrange também os elementos conexos à atividade em si (tipo de trabalho, posição do trabalhador, ritmo de trabalho, ocupação do tempo, horário de trabalho diário, turnos, horário semanal, alienação, não valorização do patrimônio intelectual e profissional) (ODDONE; MARRI, et al. 1986).

⁶São implantadas normas para definir o sistema de gestão da qualidade, contidas na ISSO 900 aprovada pela Internacional Organization for Standardization (ISO), e posteriormente, para o sistema de gestão da ambiental ISO 14000 e ISO 14001, e para sistema de saúde e segurança do trabalho BritishStander 8800 ou BS 8800, a Occupational safety and health assessment series ou OSHAS 18.000 e a Guidelines on occupational safety and health management systems ILO-OSH, também as Diretrizes sobre Sistemas de Gestão da Segurança e Saúde da OIT.

Por meio das privatizações, terceirizações e subcontratações, as relações de trabalho são cada vez mais precarizadas e mistificadas. Cresce o desemprego e a formação do exército industrial de reserva⁷, propiciando a diminuição média dos salários e embasando o discurso hegemônico das classes dominantes para o retrocesso dos direitos dos trabalhadores (ANTUNES, 2010).

Mota e Amaral (2008) trazem que, assim como no período fordista de produção foi necessário o keynesianismo para lhe dar sustentação, é essencial à indústria de produção flexível manter a soberania do mercado e suprimir parcela do controle do Estado sobre o uso da força de trabalho. Isso já se materializa através da retirada de direitos relativos à proteção social. Vemos hoje constantes tentativas de contrarreformas, como a Trabalhista e a da Previdência Social, assim como a redução de gastos com políticas sociais.⁸

Há uma substituição da cultura política fortemente difundida nos anos 1980 voltada aos direitos dos cidadãos e à humanização do trabalho. Atualmente permeia na sociedade uma indiferenciação dos interesses dos trabalhadores e dos capitalistas, o que influencia no pensamento e comportamento político. Existe certa "passivização da ordem", pois, sabe-se que é impossível a expansão de capital sem que haja uma negação à cidadania plena, ainda que ela seja apenas formal. (DIAS, 1997, p. 15 apud MOTA; AMARAL, 2008, p. 14-15).

Para que a gestão do trabalho obtenha sucesso é preciso captar, mental e intelectualmente o trabalhador para com os objetivos da organização. É necessário mascarar os interesses antagônicos entre capital e trabalho, e "fazer o que for necessário para viabilizar os objetivos empresariais". A acumulação capitalista requer um tipo específico de sociedade, que ultrapassa o espaço das organizações, de modo que o trabalho passe a abarcar a centralidade e totalidade da vida, na busca pela eliminação de qualquer possibilidade de conflitos (SILVA, 2000, p. 69 apud FREITAS, 2008, p. 27).

A hegemonia política e cultural das classes dominantes incorpora em seu discurso elementos que compõem as lutas da classe trabalhadora, reconceituando ideias e valores e difundindo-os para a massa da população como reivindicações

⁷O conceito de exército industrial de reserva é utilizado por Engels (1985, p. 103) para se referir à multidão de pessoas, considerada como a população excedente do mercado de trabalho. Portanto, o exército industrial de reserva eleva o quadro de miserabilidade e vulnerabilidade social (MARX, 2004, p. 35).

⁸Para mais informações consultar: BEHRING, E. R. Brasil em Contra Reforma: Desestruturação do Estado e perda de direitos. Ed. Cortez. São Paulo, 2003.

suas, negando-lhes suas conquistas (BRAGA, 1997). Mota e Amaral (2008) citam alguns exemplos: a retirada de direitos sociais e trabalhistas vista como solução para questões econômicas, restringindo os direitos a essa esfera; a busca pela informalidade do trabalho como solução para o desemprego; a transformação da cidadania em consumo de bens e serviços; a redução da democracia, das ideias de emancipação, cidadania, etc.

Além de enfraquecer a organização dos trabalhadores, tal estratégia muda o objeto de suas reivindicações, traz outros significados e não atende a real necessidade dos mesmos. Os trabalhadores passam a assumir essas ideias como suas, formando uma cultura do trabalho que, ao incorporar as necessidades de acumulação do capital, mostra-se também como saída para enfrentar a crise social e econômica (DAGNINO, 2004). Tem-se a perpetuação do conservadorismo, do sacrifício dos trabalhadores como forma de administrar as desigualdades sociais, mascaradas pelas novas formas de produção, gestão e consumo da força de trabalho (MOTA; AMARAL, 2008).

Somam-se às questões salariais o desemprego e a redução de direitos, que afetam diretamente a saúde dos trabalhadores, outras mais específicas, relacionadas ao processo de trabalho. Como vimos, o trabalho assume atividades produtivas variadas, mas em todas as suas formas é fundamental o dispêndio de energia humana, de utilização da força física e mental (cérebro, nervos, músculos, órgãos, sentidos, etc.), o que gera doenças específicas relacionadas às profissões. Isso porque, no capitalismo, o desenvolvimento dos meios de produção não minimizou o esforço do trabalhador em seu processo produtivo (ALVES, 2013).

Como mostra Lara (2011, p. 80), o objetivo é “aprimorar o processo de trabalho para produzir mais em menos tempo, e, por conseguinte, ter o menor gasto possível com a força de trabalho”. O trabalhador acaba por se tornar “apêndice da máquina”, devendo ajustar-se aos instrumentos que ditam as “condições e ritmos” do trabalho. Desse modo, é o instrumental que se utiliza do trabalhador e não o oposto. Verifica-se a total subsunção do trabalho ao capital, pois pela lógica, o desenvolvimento dos meios de produção geraria mais tempo livre ao trabalhador e traria mais liberdade, afastando-o do trabalho alienado que adocece e acidenta. Mas no capitalismo moderno as mudanças na organização do mundo trabalho acabam por agravar a saúde dos trabalhadores.

O trabalho gerador de prazer e felicidade, nessa ordem, causa fadiga, acidentes, sofrimentos físicos e mentais. As atividades se tornam cada vez mais monótonas, repetitivas e resumidas em “números, cálculos, sinais luminosos, mostradores, teclados e monitores em que o erro do trabalhador implica repercussões com responsabilidades excessivas”. Aliado a isso, tem-se as inseguranças nas relações de trabalho e o modo de vida orientado pela sociabilidade burguesa que influencia a vida do trabalhador em sua totalidade (LARA, 2011, p. 80).

Deste modo, a precarização do trabalho no capitalismo globalizado é, para além da precarização da força de trabalho como mercadoria, a precarização do homem que trabalha. Tal modo de produção significa um desgaste à natureza externa e interna aos sujeitos, às forças naturais pertencentes ao homem (ALVES, 2013). Sendo assim, como pensar a promoção da saúde nesse modo de produção?

1.3 A concepção de saúde e seus desdobramentos na coletividade

Inicialmente, a história mostra que as relações entre saúde e doença eram explicadas por fatores religiosos. Partia-se do princípio que a doença era resultado de forças alheias ao organismo, causadas pelo pecado ou pela maldição. No período colonial, devido às doenças transmissíveis endêmicas e epidêmicas que ameaçavam os empreendimentos, surgiu a necessidade de estudá-las para preveni-las e curá-las. A partir desse período, desenvolveram-se diversas maneiras de analisar as doenças, como a estatística, a bacteriologia, a fisiologia, a patologia celular, entre outras. As pesquisas na área da medicina expandiram-se, porém, sempre concentradas no campo biológico e no modo como as doenças eram transmitidas (SCLIAR, 2007).

Quando começam a ser estudadas dentro das ciências sociais, as doenças aparecem ligadas às correntes funcionalistas, que consideram a sociedade um todo harmônico e que precisava apenas conciliar os diferentes interesses que “saíam fora dos trilhos”. A doença vista em sua totalidade, como algo socialmente determinado, aparece somente após a entrada do materialismo histórico e dialético (AROUCA, 1998). Tal preocupação aparece na obra *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*, de Engels, bem como, na obra *Mortalidade diferencial na França*, de Villermé. São estudos que ligam a saúde às condições de vida da população.

Com o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, as investigações sobre o tema passaram a subsidiar as políticas públicas e os movimentos sociais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). O latente processo de industrialização e urbanização nesse momento histórico demandavam mudanças sociais e nas práticas de saúde. A preocupação com a saúde pública era crescente, o que ficou perceptível com a criação de estudos sobre a contaminação da água e dos alimentos e, sobre os riscos ocupacionais⁹ (SUSSER, 1998 apud BUSS; FILHO, 2007).

Ainda assim, não havia um conceito universal sobre o que é a saúde. Foi preciso um consenso entre as nações, que se deu muito posteriormente, após a Segunda Guerra Mundial com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1948 a OMS divulgou uma carta de princípios que reconhecia a saúde como direito e sua garantia como obrigação do Estado. Definiu-se a saúde como: “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (apud SCLiar, 2007).

Seguindo o pensamento de Scliar (2007, p. 37), essa concepção era reflexo das lutas sociais do pós-guerra contra a intensificação das expressões do capitalismo monopolista e do avanço dos ideais socialistas. Entra em debate a saúde como o direito “a uma vida plena, sem privações”. Apesar de tal conceito ter recebido críticas por ser muito amplo e porque permitiria abusos na intervenção estatal, ele é relevante, pois, traz reflexões para além do reducionismo biomédico, como nos coloca Minayo, Hartz e Buss (2000).

Tal perspectiva traz à tona o caráter coletivo e público da saúde. O conflito entre os enfoques - biológico e social, saúde pública e medicina - esteve presente durante todo o processo de construção da saúde pública como área prática e de educação. O seu desenvolvimento como campo científico centrado no controle de doenças específicas, individualizado e tecnológico por vezes não foi suficiente para oferecer respostas às necessidades sociais que envolvem a saúde e a doença. Os movimentos por reformas sociais e sanitárias e a própria história da OMS, mostram as tensões e a constante preocupação com fatores sociopolíticos e ambientais (BUSS; FILHO, 2007).

Hoje se pode dizer que há um consenso sobre a influência do modo como

⁹Para cada fator de risco há uma doença correspondente.

produzimos e reproduzimos nossa vida nos processos de saúde e doença. A maneira como nos alimentamos, como moramos, como recebemos a educação em saúde, saneamento básico, cuidados na infância, imunizações, prevenção, promoção, controle das doenças endêmicas e epidêmicas, provisão de medicamentos, o estresse, a rotina, entre outros pontos, afetam de modo direto tal relação. Portanto, a saúde corresponde ao contexto social, político, cultural e econômico em que os sujeitos se inserem. A época, a classe social e o lugar determinam que tipos de adoecimentos acometem as pessoas (SCLIAR, 2007).

Por isso a importância de analisar a saúde e a doença em sua totalidade. Ademais, o próprio termo *saúde pública* expressa seu caráter político e que sua intervenção se dá na coletividade da vida social (ROSEN, 1980 apud BUSS; FILHO, 2007).

Esse olhar sobre a saúde ganha ênfase no Brasil a partir do movimento da Reforma Sanitária. O movimento compunha uma mobilização mais ampla da sociedade brasileira na luta contra a ditadura militar, instalada no país a partir dos anos 1960. Nesse período constitui-se aqui a base do pensamento médico-social (AROUCA, 1998).

Devido à intensa repressão vivida nesse momento histórico, as conferências de saúde se tornaram espaços para debater com a sociedade civil sobre a realidade da saúde pública no país. O marco se deu na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986 e que reuniu mais de quatro mil pessoas, sendo a metade usuários da saúde pública. A discussão girou em torno das transformações necessárias na política de saúde - e de sua compreensão relacionada à melhoria das condições de vida da população - bem como no processo de redemocratização do país. Nesse sentido, a frase de ordem da 8ª Conferência foi *saúde é democracia* (RELATÓRIO DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

O movimento repercutiu em todas as áreas profissionais da saúde, nas associações, universidades e sindicatos (AROUCA, 1986). Foi nessa Conferência que a temática da Saúde do Trabalhador ganhou destaque. Porém, com a proposta de intervenção estatal mínima nos anos que seguem a redemocratização e a promulgação da Constituição Federal em 1988 (CF88), a Saúde do Trabalhador perdeu espaço para a Medicina do Trabalho e para a Saúde Ocupacional, como veremos no tópico que segue.

1.3.1 Perspectivas de atenção à saúde do trabalhador – percurso histórico

O campo da Saúde do Trabalhador refere-se ao conjunto de conhecimentos vindos de diversas disciplinas, como Medicina Social, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Medicina do Trabalho, Sociologia, Epidemiologia Social, Engenharia, Psicologia, e diversas outras que, junto ao saber do trabalhador sobre seu ambiente de trabalho e suas experiências das situações de desgaste, cria uma nova forma de pensar as relações entre saúde e trabalho. Essa visão apresenta uma nova prática de atenção à saúde dos trabalhadores e de intervenção nos ambientes laborais. Trata-se de um modelo teórico para guiar as ações na área da atenção à saúde dos trabalhadores, em um sentido de totalidade, abarcando a promoção, prevenção, cura e reabilitação, e também ações de vigilância sanitária e epidemiológica (NARDI, 1997).

Diferencia-se da Medicina do Trabalho (MT) e da Saúde Ocupacional (SO) por sua constituição histórica, política e como campo teórico e prático. A Medicina do Trabalho surge com a Revolução Industrial, na perspectiva de manutenção da produção. Esse período, marcado por grandes contradições sociais, submetia os trabalhadores às duras condições de vida e trabalho. Engels (1985, p. 187), ao descrever a situação das fábricas na Inglaterra diz que:

podem se ver, além de muitos aleijados, um grande número de mutilados; um perdeu todo o braço ou o antebraço, outro o pé, ainda outro a metade da perna, é como estar no meio de um exército que volta de uma batalha.

O autor mostra que, o que abriu espaço para a implementação de medidas de proteção ao trabalhador foi a preocupação com a possibilidade de supressão da força de trabalho por motivos de acidentes e adoecimentos. Além disso, o processo de urbanização aglomerou as pessoas nas cidades fazendo com que as doenças endêmicas e epidêmicas, advindas da condição de miséria e precariedade em que viviam os trabalhadores, afetassem também as elites.

De acordo com Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997), a MT efetiva-se a partir do exercício médico no interior das fábricas com o objetivo de identificar os danos à saúde do trabalhador e tratá-lo para o seu retorno, o mais breve possível, à produção. Segundo Mendes e Dias (1991 apud LOURENÇO, 2009, p. 102) a MT surgiu na Inglaterra, em 1830, a partir da ideia do Dr. Roberto Baker, que questionado por seu cliente, Robert Derham, sobre o que fazer quanto à saúde dos

seus operários, responde:

Coloque no interior de sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma poderá dizer: meu médico é minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado,

As principais características dos serviços baseavam-se na relação de confiança entre o empregador e o profissional médico, o único responsável por tratar da saúde dos trabalhadores. O médico passa a ser uma espécie de braço do empresário. A visão que se tinha ficava restrita aos problemas do ambiente de trabalho e da adaptação do trabalhador ao processo de trabalho. Desenvolveram-se técnicas de análises para admissão de trabalhadores conforme sua capacidade produtiva (MENDES E DIAS, 1991, apud LOURENÇO, 2009).

Lacaz (1996) ao analisar a MT, diz que esse modelo parte de uma visão mecanicista, que prioriza o diagnóstico e o tratamento focados na natureza biológica. O trabalhador adoecido ou acidentado é tido como objeto da ação, e não como sujeito, pois se desconsidera os determinantes sociais do processo de produção nos agravos à sua saúde. Lourenço (2009) salienta que, ao ignorar esse aspecto, a atuação se dá apenas sobre o que é aparente, negando a sua essência. Essa visão reduz o conjunto de determinações objetivas e subjetivas que atua sobre a vida e saúde de quem trabalha a uma única causalidade.

A autora evidencia que esse pensamento permeou a interpretação das doenças e acidentes de trabalho como “ato inseguro”, responsabilizando o trabalhador pelo ocorrido. Facchini (1993, p. 41) frisa que tal ideia não integra em sua estrutura de determinação “a forma de organização do trabalho, que implica no uso de uma tecnologia específica e no estabelecimento de determinadas relações sociais entre trabalhadores e empresa”.

Cenários políticos e sociais, mais amplos e complexos, ditaram o desenvolvimento desse modelo no Brasil, bem como o da construção da Saúde do Trabalhador (MENDES; DIAS, 1991). A primeira legislação de acidentes de trabalho criada em 1919, mantinha essa linha, considerando os agravos relacionados ao trabalho como algo inerente a ele (LOURENÇO, 2009). Na década de 1920 a fábrica era o locus para a atuação da saúde pública, iniciando abordagens de cunho

higienista¹⁰. Cabe ressaltar que antes disso os trabalhadores já se organizavam a partir de contribuições próprias para assegurar casos de doença ou morte (SILVA, 1995).

A primeira instituição previdenciária criada foi em 23 de janeiro de 1923 com o Decreto Lei n. 4.682, que designou a criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) para os empregados da empresa ferroviária. Com o passar dos anos, as categorias mais “organizadas e importantes política e economicamente” conquistaram suas CAPs, totalizando em 1927 cerca de 140 pelo Brasil (SILVA, 1995, p.35).

Era delegada às empresas a responsabilidade pelos riscos no ambiente e na atividade laboral, cabendo às mesmas adotar as medidas necessárias para a manutenção da saúde e segurança do trabalho. O governo assumia o papel de regulamentador e fiscalizador das normas e limites de tolerância em relação aos locais de trabalho, sem ter uma atuação política de proteção social (OLIVEIRA, 2011).

Para assegurar a maior produtividade passou-se a selecionar a força de trabalho e a acompanhar o processo de produção, assim era possível obter controle sobre o “fator humano” na causa dos adoecimentos e acidentes, que sempre foram impecilhos para a organização científica do trabalho. A negação das condições e da organização do trabalho como fatores influentes no adoecimento e nos acidentes, fortalece a ideia de fatalidade e de riscos próprios de cada atividade profissional. “Tais noções naturalizam a ocorrência dos agravos à saúde no trabalho, aliando a fatalidade da propensão individual aos acidentes, com a do trabalho como algo inevitavelmente nocivo à saúde” (LACAZ, 1996, p. 14-16).

No final dessa década era crescente o descontentamento com o sistema político brasileiro que ainda era dominado pelas oligarquias agrárias. Havia também a acentuação da crise de 1929 e insatisfação da nova classe média em não fazer parte do aparelho estatal. As acirradas expressões da questão social presentes nesse momento tornam o cenário para o trabalhador mais arriscado e desprotegido,

¹⁰O higienismo surgiu no século XIX e perpetuou-se até o século XX. Em síntese, os higienistas entendiam que a desorganização social e o mau funcionamento da sociedade, advindos da urbanização e da industrialização, eram as causas das doenças. Assim, cabia à Medicina atuar sobre os componentes biológicos, urbanísticos e institucionais da sociedade, visando neutralizar todo perigo possível. O objetivo era “limpar” as cidades de tudo que era visto como risco. Com caráter discriminatório, visava o controle social e o controle sobre os corpos (MANSARENA; SILVA, 2000).

fazendo crescer o conflito entre patrões e empregados e gerando inúmeras contestações por parte dos trabalhadores (FALEIROS, 2000).

Em 1930 são nomeados os primeiros inspetores-médicos do trabalho e o papel fiscalizador passa para o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (LACAZ, 1996). Esse ano marca a constituição do Sistema de Previdência Social, por meio da criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP) que unifica as CAP, atendendo às “categorias de trabalhadores mais organizadas, e serviu para financiar a indústria nacional” (CONH; ELIAS, 1996, apud LOURENÇO, 2009, p. 107).

Tal modelo previdenciário fragmentava os trabalhadores de acordo com a sua capacidade contributiva e de organização. Esse também é o período de criação da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a qual será atentada mais a frente. Nesse momento, cabe dizer que “os direitos trabalhistas, previdenciários, sindicais e de saúde estavam vinculados à condição de trabalhador contribuinte da Previdência e com Carteira de Trabalho registrada” (LOURENÇO, 2009, p. 107).

Santos (1987) chama esse processo de cidadania regulada. A estrutura sindical passou a ser vinculada ao Ministério do Trabalho. Atraiu-se a política social com o trabalho, combinando o processo de industrialização com a integração social por meio dos benefícios e do controle da organização política da classe trabalhadora. O discurso da época girava em torno da substituição da luta de classes pela colaboração de classes (FALEIROS, 1992).

Nos anos que seguem, a partir das Recomendações da Organização Internacional do Trabalho (OIT)¹¹, ganham força os serviços médicos empresariais (LACAZ, 1996). Ao longo do desenvolvimento histórico e da ampliação do conceito de saúde, verifica-se também uma ampliação da visão sobre a saúde do trabalhador.

Baseado no modelo da MT desenvolve-se o modelo de Saúde Ocupacional. Lacaz (1996 apud Lourenço, 2009, p. 114-115) assinala que, apesar dessa perspectiva ter avançado no que diz respeito à “multidimensionalidade da saúde (bem-estar físico, psíquico e social), a ser considerada inclusive no trabalho, e atendida por meio da assistência médica e também multiprofissional”, ainda permanece acrítica e ahistórica, na medida em que não leva em consideração as multicausalidades presentes na totalidade da vida social.

¹¹ Recomendação 112, de 1959, sobre Serviços de Medicina do Trabalho.

Ou seja, ainda que a SO procure se ocupar de ações preventivas e de promoção da saúde, limita-se ao ambiente do trabalho (fábrica, empresa, organizações em geral), centrando-se ainda na mudança de comportamento do trabalhador para a adaptação ao processo de trabalho.

O trabalhador permaneceu como objeto das ações, mudando, apenas, a perspectiva colocada para a intervenção que, deixou de estar centrada, predominantemente, no disfuncionante ou doente passando a privilegiar a prevenção e a saúde (DIAS, 1994, p. 54).

No decorrer dos anos 1960 unificam-se os IAPs, através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) possibilitando a apuração de estatísticas acerca das ocorrências de acidentes e adoecimentos (LACAZ, 1996). Criou-se a Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), que desenvolveu “ações de treinamento e qualificação técnica para as campanhas e atuação contra os acidentes de trabalho, cuja ênfase era a política de SO, realizada por técnicos sem a participação dos trabalhadores e seu saber” (LOURENÇO, 2009, p. 117).

Já na década de 1970 surge a legislação sobre Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho, o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) que são considerados a “ponta de lança” para a política de prevenção dos acidentes de trabalho (LACAZ, 1996, p. 75). Porém, os SESMT continuou sob a responsabilidade das empresas, e o Estado tornou-se fiscalizador por meio do Ministério do Trabalho. Esses serviços eram obrigatórios apenas para empresas com mais de 100 funcionários, mas registravam-se ocorrências também nos pequenos e médios empreendimentos (LOURENÇO, 2009).

Ribeiro e Lacaz (1984, p.32, apud LOURENÇO, 2009, p. 120) frisam que: a ineficiência da fiscalização pelo Ministério do Trabalho, a falta de estrutura (recursos instrumentais, materiais, transporte etc.) e planejamento, a morosidade do INPS no “reconhecimento e pagamento dos benefícios sociais relativos às doenças e acidentes de trabalho”, bem como a falta de participação dos trabalhadores devido ao período repressivo imposto pela ditadura militar, tornava a situação política no Brasil insustentável. Isso deu o suporte para a formulação teórica do paradigma de determinação social do processo saúde-doença¹², e a constituição do campo da

¹²De modo geral, esse paradigma diz que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população relacionam-se com sua situação de saúde (BUSS; FILHO, 2007).

Saúde do Trabalhador (LACAZ, 1996).

A partir dos anos de 1970, os trabalhadores, no mundo, denunciaram as condições de trabalho e o papel da ciência, e reivindicaram um papel mais investigativo e eficaz da saúde pública (nas fábricas). Na Itália, os eventos de 'maio de 68', desenrolam-se numa forte organização dos trabalhadores em prol da saúde (LOURENÇO, 2009, p. 129).

As críticas ao modelo da SO se deram de diversas maneiras: pela não participação dos trabalhadores como sujeitos ativos, pela não consideração das determinações sociais no processo saúde-doença, pela sua prática considerada discriminatória (através dos exames pré-admissionais, periódicos e demissionais), pelos limites de tolerância e exposição que não intervinha de maneira efetiva nas doenças atípicas (hipertensão arterial, a doença coronariana, os distúrbios mentais, o estresse e o câncer, etc.), entre outras (DIAS, 1994, apud LOURENÇO, 2009).

Sobre a insalubridade e limites de tolerância, a legislação brasileira copiou da legislação norte-americana, sem tomar como base o padrão de vida dos trabalhadores brasileiros. Se paga ao trabalhador exposto aos fatores de risco de 10 a 40 % sobre o salário mínimo. Há uma classificação da nocividade, medida por técnicos e peritos, variando os recursos utilizados para tal (DIESAT, 1989, p. 51 apud LOURENÇO, 2009).

Ainda segundo a pesquisa do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) (1989, apud LOURENÇO, 2009), percebe-se que a preocupação maior não é em eliminar os fatores geradores de agravo, mas sim pagar a quem trabalha por sua exposição. Não há a primazia do trabalho como portador das condições de vida, e sim o oposto.

Tais críticas contribuíram para a construção do campo da Saúde do Trabalhador, que se intensificou a partir da década de 1980 como reivindicação dos movimentos sindicais e dos técnicos de saúde ligados à reforma sanitária. Como já colocado anteriormente, os marcos de mobilização popular pela saúde do trabalhador no Brasil se deram por meio da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1986. Com a criação do DIESAT passou-se a disponibilizar “assessorias sindicais em saúde e trabalho, importante instrumento de luta pela saúde no trabalho e na sua relação com o Estado” (LACAZ, 1997 apud LOURENÇO, 2009, p. 132).

Exigia-se, na ocasião, uma nova relação entre Estado e Sociedade Civil, atingindo as diversas áreas da sociedade (LOURENÇO, 2009). No que diz respeito

à Saúde do Trabalhador, o estudo dos modos de desgaste e reprodução da força de trabalho, a partir da determinação histórica e social dos processos de saúde e doença ganha ênfase. A influência fundamental do materialismo histórico torna possível realizar uma análise dos efeitos dos ambientes de trabalho e das formas de organização e gestão na vida dos trabalhadores (LAURELL; NORIEGA, 1989 apud NARDI, 1997).

Com uma perspectiva interdisciplinar, indo além de uma ação centrada no conhecimento médico, afirma-se o trabalhador como sujeito ativo no processo de saúde-doença, buscando refletir com ele acerca do conflito entre capital e trabalho (DIAS, 1994). O principal objetivo da prática nesse campo é a saúde dos trabalhadores em si, e não o julgamento da aptidão para o trabalho (NARDI, 1997).

Em outras palavras, as análises realizadas pela Saúde do Trabalhador abarcam “o peso que os baixos salários, a exploração, a intensidade da carga horária e de ritmos de trabalho, o processo e organização do trabalho” exercem sobre a saúde dos trabalhadores (LOURENÇO, 2009, p. 86). Ou seja, leva-se em conta a historicidade dos agravos à saúde dos trabalhadores estudados na totalidade das relações sociais, por meio do processo de produção e organização do trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989).

As Conferências Gerais da OIT, dos anos de 1984 e 1985, questionam a Recomendação datada dos anos 1950 e promovem a mudança do discurso da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional de adaptação do homem ao trabalho. As novas Recomendações¹³ questionam o exercício dos serviços médicos de empresa e abordam a ampliação dos direitos dos trabalhadores, entre eles: “o acesso à informação, não discriminação no trabalho por motivo de doença, participação em estudos e pesquisas, entre outros. Esta Conferência foi ratificada pelo Brasil somente em 1991” (LACAZ, 1996, p. 109).

1.3.2 Consolidação da atenção à saúde dos trabalhadores no Brasil

As preocupações com a saúde do trabalhador aparecem na legislação brasileira de forma mais abrangente a partir da CLT, instituída em 1º de maio de 1943, pelo Decreto-Lei n. 5.452. Com o objetivo de unificar a legislação trabalhista existente e regulamentar as relações individuais e coletivas de trabalho, tal lei sofre

¹³Convenção 155 – sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores; Convenção 161 – Recomendação 171, sobre Serviços de Saúde no Trabalho.

constantes alterações ao longo dos anos (LOURENÇO, 2009). No que diz respeito a Segurança e Medicina do Trabalho tem-se as Normas Regulamentadoras (NR)¹⁴

As Normas Regulamentadoras - NR, relativas à segurança e medicina do trabalho, são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. (BRASIL, 2017-B).

A promulgação da Constituição Federal em 1988 representa um avanço na legislação trabalhista brasileira, pelo menos no que diz respeito à formalidade. A Saúde do Trabalhador é inserida no campo da saúde, incorporando-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseia em princípios de universalidade, integralidade e participação social (GALON; MARZIALE; SOUZA, 2011). O Capítulo II, art. 6º diz que:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 2017-A).

Os incisos XXII e XXIII do art. 7º dispõe que são direitos dos trabalhadores urbanos e rurais:

XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;
XXIII - adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei; (BRASIL, 2017-A).

Do art. 196 ao art. 200 fica assegurada a saúde como direito de todos e sua garantia e promoção como dever do Estado, cabendo ao SUS, entre outras coisas, executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 2017-A).

A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080 de 1990, em seu art. 5º § 3º, define a Saúde do Trabalhador como:

conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 2017-C).

¹⁴As Normas Regulamentadoras foram criadas a partir da Lei n. 6.514 de 1977. A lei alterou o Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. As NR's foram aprovadas pela Portaria n. 3.214 de 1978 e pela Portaria n. 3.067 de 1988, passando por diversas mudanças até os dias atuais.

O Ministério do Trabalho e Previdência Social através do Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional (DPSSO) busca desenvolver políticas públicas que aprimorem a segurança, saúde e qualidade de vida no trabalho. A Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, aponta no seu art. 19:

Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 2017-D).¹⁵

E segue:

§ 1º A empresa é responsável pela adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador. § 2º Constitui contravenção penal, punível com multa, deixar a empresa de cumprir as normas de segurança e higiene do trabalho. § 3º É dever da empresa prestar informações pormenorizadas sobre os riscos da operação a executar e do produto a manipular. § 4º O Ministério do Trabalho e da Previdência Social fiscalizará e os sindicatos e entidades representativas de classe acompanharão o fiel cumprimento do disposto nos parágrafos anteriores, conforme dispuser o Regulamento (BRASIL, 2017-D).

No art. 20, classifica como acidente de trabalho:

I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social; II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

§ 1º Não são consideradas como doença do trabalho: a) a doença degenerativa; b) a inerente a grupo etário; c) a que não produza incapacidade laborativa; d) a doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho (BRASIL, 2017-D).

O Ministério do Trabalho e Previdência Social criou diversos mecanismos para assegurar que as empresas adequem-se às normas colocadas, como: o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP)¹⁶ que, a partir do cruzamento das informações de código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e do código da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), aponta a

¹⁵Redação dada pela Lei Complementar nº 150, de 2015.

¹⁶Trata-se de um sistema baseado em relações de causa e efeito.

existência de uma relação entre a lesão ou agravo e a atividade desenvolvida pelo trabalhador; e o Fator Acidentário de Prevenção (FAP), que realiza uma tarifação incidente sobre a folha de salários das empresas para custear aposentadorias especiais e benefícios decorrentes de acidentes de trabalho. Ou seja, as empresas que registrarem maior número de acidentes ou doenças ocupacionais, pagam mais. A bonificação para as empresas que registram acidentalidade menor se dá por meio da redução da alíquota (BRASIL, 2017-E).

Por meio desses mecanismos e dos benefícios como auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, pensão por morte, aposentadoria especial, entre outros, o Estado opta pela compensação do trabalhador exposto ao risco em vez de se preocupar com a efetiva melhoria dos ambientes de trabalho e determinar que as empresas adotem formas de prevenção dos riscos e danos à saúde e à integridade física dos trabalhadores (OLIVEIRA, 2011).

Oliveira (2011) chama atenção para o que denomina vício de origem do Poder Público. Tal vício se origina com os primeiros adicionais de insalubridade e periculosidade a serem pagos pelas empresas e, também, por meio da aposentadoria especial, que diminuiu o tempo de trabalho necessário para o trabalhador exposto a agentes nocivos. O autor afirma que com isso seria permitida a comercialização do trabalhador, pois a esse seria permitido expor a sua integridade física ou a sua saúde a agentes nocivos, desde que lhe fosse garantida uma compensação financeira.

O Estado transfere às empresas a responsabilidade da mediação direta entre capital e trabalho na área da saúde e estabelece-se um pacto social na relação entre capital e trabalho em que, sujeitos adoecem e muitas vezes morrem, em detrimento de uma minoria da parcela populacional. A legislação pressupõe que certos acidentes e adoecimentos vão ocorrer e legitima a existência do risco concreto (CEOLIN, 2014).

Certo que a legislação faz com que os trabalhadores acionem tais mecanismos e isso é de extrema importância para garantia dos direitos, porém, faz-se necessário ampliar o debate e a participação dos trabalhadores na formulação das políticas. Apesar da Saúde do Trabalhador e do Meio Ambiente do Trabalho, após as inúmeras lutas dos trabalhadores, serem vistos formalmente como direito social, sua consolidação por meio da implementação de um modelo universal com princípios de equidade e integralidade não foi posto em prática. As dificuldades

enfrentadas pelo SUS e a hegemonia da atuação da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional são centrais para que isso ocorra. Por serem capazes de criar as condições de salubridade adequadas à sociedade capitalista, essas vertentes gradativamente passam a ocupar o lugar central nas práticas desenvolvidas para a saúde dos trabalhadores (SCLIAR, 2007).

Como aponta Behring (2006 apud LOURENÇO, 2009) a política social é contraditória, atende às necessidades dos trabalhadores e também às necessidades do capital. Considerando a correlação de forças da sociedade, o Estado assume o papel necessário para amenizar o conflito entre capital e trabalho. A política social é um dos elementos utilizados para a produção e reprodução da força de trabalho, e também para a legitimação do Estado e do sistema de acumulação capitalista. O Estado age a partir das forças sociais postas na realidade de maneira a assegurar, objetivamente e subjetivamente, o sistema do capital (FALEIROS, 2000).

Por isso, como mostra Lourenço (2009), os problemas aparecem de maneira fragmentada, do mesmo modo que as respostas dadas a eles. O olhar para as questões da Saúde do Trabalhador caminham nesse sentido, por meio das particularidades de cada ambiente de trabalho e não de modo universal, na essência dos fenômenos. Por meio da organização política dos trabalhadores e dos movimentos sociais, que exigiram profundas modificações do Estado, este foi levado a dar respostas para que a “ordem” capitalista perdurasse, assim estabeleceram-se alguns direitos.

Pois bem, os modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional são os que melhores se encaixam nesse padrão de preservação do patrimônio, da propriedade privada e das condições necessárias a sua expansão. Tais práticas não são autônomas, se constituem partindo das normas legais. Tal legislação determina as relações de poder presentes na sociedade, ou seja, as relações de classe. Assim, cumprem a legislação e não alteram o processo de trabalho (NARDI, 1997).

2 GESTÃO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO EM SANTA CATARINA

Abordar-se-á brevemente nesse capítulo as premissas básicas que constituem a Administração Pública, bem como a iminência das transformações no seu modo de gestão. Em seguida, será apresentado o aparato legal que rege a atenção à saúde no funcionalismo público em Santa Catarina e seus determinantes, para então delinear o contexto institucional do Ministério Público de Santa Catarina.

2.1 Administração Pública e as “novas” formas de gestão sobre a força de trabalho

A Administração Pública deve sempre visar à satisfação das necessidades coletivas da população. Sob normas e controle estatal, é composta por entidades (pessoas jurídicas), órgãos (centros de decisão) e agentes (pessoas físicas investidas em cargos e funções) (MEIRELLES, 1996). Os agentes são aqueles aos quais se reserva o exercício das competências estatais mais essenciais (JUSTEN FILHO, 2005). São diferenciados em agentes estatais políticos (que exercem mandatos eletivos ou que participam das decisões do governo) e não políticos (que trabalham na administração pública em caráter profissional) (DALLARI, 1989). Os não políticos se diferenciam ainda em agentes civis e militares. Os agentes estatais não políticos civis são denominados oficialmente pela legislação brasileira de servidores públicos. Estes podem ser vinculados ao Regime Jurídico Único¹⁷, também chamado de estatutário ou ao não estatutário (emprego público¹⁸ e contratação temporária¹⁹) (JUSTEN FILHO, 2005).

¹⁷Regime jurídico único é o estabelecido pela entidade estatal – União, Estados, Distrito Federal e Municípios – no âmbito de sua competência, para todos os servidores de sua Administração direta, autárquica e fundacional, excluídas desse regime as empresas públicas e sociedades de economia mista. Pressupõem preceitos de ingresso no serviço público (por concurso), forma e limites de remuneração, direitos e deveres dos servidores, planos de carreira, investidura em cargos de comissão e funções de confiança e, ainda, casos de contratações por tempo determinado (MEIRELLES, 1996).

¹⁸Empregados públicos são aqueles cuja relação de trabalho se dá com as entidades de direito privado da Administração Pública Indireta, quais sejam, fundações de direito privado mantidas pelo poder público, empresas públicas e sociedades de economia mista, todos submetidos ao regime celetista. Difere-se ainda do Regime Jurídico Único pela ausência de estabilidade, processo seletivo diferenciado, remuneração diferenciada e não exigência da existência de carreira (COSTA, 2017).

¹⁹A Constituição Federal, em seu artigo 37, inciso IX, prevê *contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público* (BRASIL, 2017-A). Os direitos e deveres dos trabalhadores contratados temporariamente dependerão da Lei de Contratações Temporárias. A Lei Federal 8.745/93 traz diretrizes que devem ser seguidas por leis estaduais e municipais. O vínculo trabalhista não é considerado estatutário, uma vez que os trabalhadores não estão submetidos a regime contratual, e também não é regido pela CLT. O regime de Previdência

De acordo com Filho (2006, p. 114):

a administração pública brasileira nasce, desenvolve-se e se consolida a partir de uma espinha dorsal que combina patrimonialismo²⁰ e burocracia, configurando uma unidade contraditória coerente com a particularidade de nosso capitalismo periférico e de nossa “revolução burguesa” não clássica.

As transformações sociais mais amplas influenciam na dinâmica da Administração Pública e no desenvolvimento de suas características. Na década de 1930, as mudanças na estrutura estatal expandiram a máquina burocrática resultando na abertura de Ministérios e na criação de legislação especial para o funcionalismo público (PEREIRA, 2014). Em 1967 iniciou-se uma contrarreforma²¹ na busca por maior eficiência dos serviços através da desestatização (COUTINHO, 2003). Desde esse período, inúmeras medidas objetivando o enxugamento da máquina pública são colocadas em prática. A partir dos anos 1990, as contrarreformas foram mais significativas para os servidores públicos, pois, afetaram o ingresso e a permanência destes nesse setor (ALBRECHT, 2010). Por meio de ataques à Previdência Social, tem-se a demissão de 46 mil servidores nesse período (NOGUEIRA, 2005).

Sob o governo de Fernando Collor de Melo desenvolveu-se uma política que ficou conhecida como *caça aos marajás*, que propalava a ideia de que os servidores públicos ganhavam muito e faziam pouco. Essa política foi uma estratégia para justificar as privatizações estatais por intermédio da desmoralização profissional dos servidores (NEVES, 2005; NOGUEIRA, 2005). Nos anos seguintes, tentou-se implementar medidas de valorização dos servidores por meio de aumento salarial, porém sem novos concursos para ingresso na carreira pública (PEREIRA, 2014).

Nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995 e 2002) mais contrarreformas na Previdência Social ganham ênfase, fazendo com que muitos

Social aplicado é o Regime Geral, que se aplica a todos os trabalhadores civis, com exceção dos que exercem cargos públicos efetivos (BRASIL, 2017-K).

²⁰Faoro (2001) diz que o patrimonialismo profundamente enraizado na sociedade portuguesa foi transportado para a sociedade brasileira. Tal conceito define a organização política pautada pela indistinção entre as esferas públicas e privadas e mais do que isso a centralização de interesses pessoais no jogo político. Trata-se de uma política de favores e de parentesco. Encontramos um Estado centralizado e centralizador, voltado a política de favores com associação de interesses pessoais e negócios do Estado.

²¹O termo contrarreforma é utilizado por: BEHRING, E. R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003. A autora se utiliza deste vocábulo para contrapor-se ao termo “reforma” utilizado pelo discurso ideológico neoliberal, implicando na realidade em processos regressivos de perdas de direitos sociais.

servidores se aposentassem com vistas a não perder direitos até então garantidos. De acordo com Pereira (2014), houve nesse período, uma expansão dos planos de demissão voluntária e das licenças não remuneradas dos servidores. A autora mostra que isso resultou em um total de 233.820 servidores públicos aposentados, entre os anos de 1991 e 2002. O ingresso de servidores por meio de concurso público nesse período foi de 51.613, o que gerou um déficit importante de 182.207 servidores. A retomada dos concursos públicos acontece em 2003, no governo de Luís Inácio Lula da Silva, aumentando a contratação da força de trabalho nos diversos setores (NOGUEIRA, 2005).

De 1995 até o governo atual, o modelo de gestão burocrática transforma-se gradativamente no modelo de gestão gerencial²². O serviço público passa a utilizar-se de denominações e de práticas da esfera privada. Tal modelo é decorrente da reestruturação produtiva (PAULA, 2005).

o atual estágio de desenvolvimento social colocou o Estado em uma posição de presença imprescindível, o que torna a busca pela eficácia administrativa uma questão central e, também interfere em outros aspectos cruciais, como a relação trabalho e saúde dos servidores (CHANLAT, 2002; ASSUNÇÃO, 2012 apud PEREIRA, 2017, p. 44).

Segundo Bergue (2005), trata-se de uma reforma que constitui um processo complexo e que envolve a mudança do papel do Estado e dos propósitos institucionais da Administração Pública em relação à Sociedade Civil. A reforma do aparelho estatal surge como resposta à crise fiscal por qual ele passava na década de 1990 e que fragilizou a estrutura administrativa e a qualidade dos serviços públicos. Nesse momento era intensa a mobilização das forças sociais que exigiam do Estado qualidade dos bens e serviços.

Além do que, foram estipuladas, a partir do Consenso de Washington²³, diretrizes para guiar o modelo estatal, entre elas: o ajuste estrutural do déficit público, privatizações das empresas estatais, fiscalização dos gastos públicos, diminuição da estrutura do Estado, etc. (BERGUE, 2005). Elementos como a crescente competição territorial por investimentos privados, mão de obra qualificada, disponibilidade de novos conhecimentos organizacionais e tecnológicos e a

²²Transforma-se no modelo gerencial sem deixar de ser burocrático.

²³Em novembro de 1989, reuniram-se na capital dos Estados Unidos funcionários do governo norte-americano e dos organismos financeiros internacionais ali sediados – Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e Banco Internacional de Desenvolvimento (BID) – especializados em assuntos latino-americanos, com o objetivo do encontro foi proceder a uma avaliação das reformas econômicas empreendidas nos países da região (BATISTA, 1994).

ascensão do ideário neoliberal também contribuíram para a implantação do novo modelo de gestão orientado para o mercado (SECCHI, 2009).

O modelo de Administração Pública Gerencial é orientado para a gestão pautada nos resultados. Inverte-se a lógica da Administração Burocrática do controle a priori e busca-se controlar os resultados a posteriori. A proposta de descentralização e eficiência constituinte desse modelo foi influenciada pelos modelos reformistas dos países tidos como de primeiro mundo, como os Estados Unidos e Grã-Bretanha. Passou-se a exigir um novo formato de gestão que introduzisse “novas tecnologias, habilidades, padrões de organização, funcionamento e operacionalização” (SOUZA; LIMA; MOURÃO, 2007, p. 4). Destaca-se ainda, que esse novo modelo pretendia afastar a administração pública do seu estágio patrimonialista.

É possível visualizar elementos característicos da gestão empresarial no modelo adotado pela Administração Pública. Como destaca Pereira (1997 apud BERGUE, 2005, p. 66), são aspectos chaves da nova Administração Pública: "a descentralização política e administrativa; a redução de níveis hierárquicos; a flexibilidade organizacional; a confiança limitada; o controle por resultados; a orientação para o cidadão".

Ao fazer um comparativo desses pontos com os conceitos utilizados na esfera das organizações privadas, Bergue (2005) buscou identificar algumas práticas utilizadas para a concretização desse modelo gerencial.

Quadro 1: Valores da nova administração pública, tecnologias gerenciais e correspondentes práticas de governo

Valores da nova administração	Conceitos e/ou tecnologias gerenciais	Prática adotada na Administração Pública
1. Descentralização política: transferência de recursos e atribuições aos níveis regional e local	Descentralização; delegação de autoridade	Gestão por programas: PACS ²⁴ , PSF ²⁵ , etc.
2. Descentralização administrativa: delegação de	<i>Empowerment</i> ²⁶ ; delegação de autoridade; controle sutil (social)	Delegação de bens e serviços públicos; empregos públicos; terceirização

²⁴Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

²⁵Programa Saúde da Família.

²⁶*Empowerment* é um conceito de Administração de Empresas que significa descentralização de poderes.

autoridade e autonomia para agentes		
3. Organizações com poucos níveis hierárquicos	<i>Downsizing</i> ²⁷ ; eficiência; terceirização; reengenharia	Terceirização; programas de demissão voluntária; privatizações; delegações
4. Organizações flexíveis ao invés de autoritárias e monolíticas	Adhocracia ²⁸ ; organizações flexíveis; participação; flexibilidade das relações	Gestão por programas OSCIP's ²⁹ ; organizações sociais; delegação de bens e serviços públicos; empregos públicos
5. Confiança limitada	Descentralização; delegação de autoridade; controle sutil (social)	Gestão por programas; avaliação de desempenho permanente de servidores
6. Controle por resultados	Gestão por processos; eficácia gerencial; avaliação de desempenho; <i>accountability</i> ³⁰ ; transparência	Gestão por programas; delegação de bens e serviços públicos; avaliação permanente dos servidores; contratos de gestão
7. Administração voltada para o atendimento ao cidadão	Foco no cliente; gestão pela qualidade; gestão por processos	Gestão por programas; ouvidoria; prestação de contas; audiências públicas

Fonte: BERGUE (2005, p. 67).

As mudanças no modelo de gestão, associadas às medidas neoliberais implementadas (Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF); Programa de Demissão Voluntária (PDV); Lei do Emprego Público; Contrarreformas da Previdência; Privatizações; Ampliação da terceirização, etc.) impactam diretamente no funcionalismo público brasileiro, afetando os servidores principalmente no que diz respeito à estabilidade e a aposentadoria integral (SANTOS, 2006).

March (2011) aponta que, sobre a estabilidade, tanto as alterações introduzidas no Regime Jurídico Único a partir das contrarreformas, como a

²⁷ *Downsizing* quer dizer "achatoamento", técnica que visa a eliminação de processos desnecessários nas empresas.

²⁸ A *Adhocracia* é um termo utilizado na Teoria das Organizações, que estabelece modelos de gestão de empresas baseadas em projetos não-permanentes. É caracterizada pela utilização de grupos e equipes multidisciplinares, que cooperam entre si para o atingimento de um determinado objetivo.

²⁹ Organização da Sociedade Civil de interesse público.

³⁰ A palavra *Accountability* pode ser traduzida do inglês para o português como responsabilidade com ética e remete à obrigação, à transparência, de membros de um órgão administrativo ou representativo de prestar contas a instâncias controladoras ou a seus representados.

privatização e a publicização³¹ reduziu o contingente de trabalhadores do serviço público e precarizou as relações de trabalho. Aspectos como o aumento da carga de trabalho, devido à redução do quadro de pessoal; a diminuição do grau de autonomia; a falta de reconhecimento dos servidores e os novos contratos temporários, que reconfiguram as equipes de trabalho, dentre outros aspectos têm contribuído para a desmotivação geral dos servidores públicos.

Junto a isso, há ainda a imagem negativa do servidor público perante a população em geral, pois o mesmo é visto como aquele que torna difícil o que seria fácil e que cria dificuldades ao invés de resolver problemas (CODO, 2002). “A falta de um espaço de reconhecimento e de valorização é reiterada e identificada como fator que influencia, consideravelmente, na construção dos sentidos relacionados à vida profissional por estes trabalhadores” (RIBEIRO; MANCEBO, 2013 apud PEREIRA, 2014, p. 45). Assunção (2012) relata a existência de estudos que mostram a insatisfação dos servidores, independente do setor no qual trabalham.

Percebe-se que os servidores públicos são os principais afetados pelas relações de trabalho impostas por esse modelo de gestão. De fato, a relação entre os servidores e o Estado sempre se deu de forma “unilateral, de acordo com os interesses da administração pública” (NUNES; LINS, 2009, p. 54). A questão central que se coloca para refletir sobre essa relação, não é a introdução de técnicas e procedimentos racionais, mas a forma como a Administração Pública brasileira corresponde à dominação e aos projetos políticos a que é submetida (FILHO, 2006).

Da integração nacional do Império, passando pelo projeto de economia exportadora capitalista, sob hegemonia da oligarquia agrária cafeeira, e chegando ao projeto de industrialização sob direção de oligarquias, numa combinação com a burguesia industrial emergente, todos esses processos foram conduzidos pela administração pública, garantindo a manutenção do pacto de dominação estabelecido em cada momento. Ou seja, a administração pública sempre cumpriu suas funções de operacionalizar os projetos de dominação presentes em cada período histórico, propiciando a realização do projeto e dos interesses dominantes em pauta (FILHO, 2006 p. 180).

Desse modo, fica evidente que a estrutura da gestão pública desenvolvida no Brasil se mostra precária para proporcionar a universalização de direitos. (FILHO,

³¹Com o advento do neoliberalismo e a ideia de Estado mínimo, há a desresponsabilização na prestação de inúmeros serviços sociais. Entre as medidas utilizadas tem-se a transferência da gestão de serviços públicos para instituições não estatais. Neste sentido, a publicização é o movimento em direção ao setor público não estatal na execução de serviços, mas que devem ser subsidiados pelo Estado. O Estado, por meio da publicização, incentiva a participação de tais instituições na gestão das políticas públicas (BABILÔNIA, 2012).

2013). Assim acontece também, no que diz respeito à saúde dos servidores públicos, como veremos a diante.

2.2 A atenção à saúde do trabalhador em Santa Catarina

As questões referentes à saúde do trabalhador na esfera pública são frisadas constantemente devido ao quantitativo elevado de trabalhadores afastados de suas funções para tratamento de saúde e pelo gasto que representa aos cofres públicos. (CUNHA, 2007).

Diferenciando-se do regime trabalhista estabelecido pela CLT, o serviço público está à parte das ações relacionadas à saúde, higiene e segurança no trabalho previsto nas Normas Regulamentadoras. Com a instituição do Regime Jurídico Único, os direitos e deveres dos trabalhadores da Administração Pública estão dispostos em estatuto próprio, de cada uma das entidades aplicáveis às suas autarquias e fundações, seja no âmbito da União, Distrito Federal, Estados e Municípios (MEIRELLES, 1996).

O Estado, responsável pela fiscalização das ações na área da saúde do trabalhador, não se apropriou prementemente dessa problemática no seu funcionalismo, resultando em pouca intervenção para responder às demandas de saúde dos trabalhadores no serviço público (CUNHA, 2007).

Quando os trabalhadores passam do regime celetista para o estatutário, os dispositivos legais relacionados à saúde do trabalhador vigentes até o momento são revogados no que tange ao funcionalismo público. O Estado não possui a obrigatoriedade de cumprir as Normas Regulamentadoras e passa para cada esfera da Administração Pública a criação de dispositivos para os cuidados com a saúde dos servidores (SERAFIM, 2009).

Em Santa Catarina, as ações de atenção à saúde dos servidores ficaram, em um primeiro momento, amparadas pelos artigos 115, 116 e 117 do item IV da Lei 6.745 (Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado), os quais determinam:

Art. 115. A proteção social aos funcionários far-se-á mediante prestação de assistência e previdência obrigatórias.

§ 1º Entre as formas de assistência, incluem-se:

IV - a promoção de segurança no trabalho;

Art. 116. Nos casos de acidentes em serviço e de doença profissional, correrão por conta do Estado as despesas com transporte, estadia, tratamento hospitalar, aquisição de medicamentos e de equipamentos ou outros complementos necessários, o que será realizado, se possível, em estabelecimentos localizados no Estado.

§ 1º Entende-se por doença profissional, a que se deve atribuir, como

relação de causa e efeito, às condições inerentes ao serviço ou fatos nele ocorridos.

§ 2º Acidente em serviço é o evento danoso que tenha como causa mediata ou imediata, o exercício das atribuições inerentes ao cargo.

§ 3º Considera-se também acidente a agressão física sofrida e não provocada pelo funcionário no exercício de suas atribuições ou em razão delas.

Art. 117. Ocorrendo o falecimento do funcionário, em consequência de acidente em serviço ou doença profissional, o valor da pensão assegurada pela entidade previdenciária estadual aos seus dependentes, na forma da regulamentação própria, será complementado pelo Estado, até o montante da sua remuneração (SANTA CATARINA, 2017-F).

Até 2006 as ações de saúde em Santa Catarina eram desenvolvidas como parte da perícia médica, subordinada à Diretoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Administração (SEA). Do mesmo modo como aconteceu nas empresas privadas, as atividades realizadas pela SEA, hoje denominadas de Saúde Ocupacional, eram antes chamadas de ações de Segurança e Medicina do Trabalho. Na prática, a Secretaria era responsável por expedir Laudos Gerais de Avaliação Pericial sobre Insalubridade e Acidente em Serviço, e de solicitações de pagamento de despesas decorrentes destes. A análise era realizada por um médico do trabalho e um engenheiro de segurança, com auxílio de servidores técnico-administrativos (SERAFIM, 2009).

Em 2006 criou-se a Diretoria de Saúde do Servidor (DSAS). Entre as principais atribuições da Diretoria estão:

administrar e supervisionar as atividades relacionadas ao Plano SC Saúde³²; participar da elaboração de projetos da área finalística e avaliar seus resultados no controle de custos e da qualidade do atendimento prestado pelo Plano SC Saúde; acompanhar a arrecadação e as despesas do Plano SC Saúde; desenvolver políticas e diretrizes para as áreas de perícia médica, controle de benefícios e saúde ocupacional do servidor; planejar, controlar, organizar, normatizar, fiscalizar e auditar as ações de perícia médica, controle de benefícios e saúde ocupacional do servidor; supervisionar e orientar as atividades das gerências de gestão de pessoas relacionadas à área de perícia médica e saúde ocupacional; coordenar a composição de comitês visando à discussão de perícia médica, a melhoria das condições de trabalho e de saúde dos servidores públicos estaduais. (SANTA CATARINA, 2017-G).

A DSAS se divide em: Central de Atenção ao Segurado do Plano SC Saúde; Gerência de Atuária e Estatística (Geate); Gerência de Contas Médico-Hospitalares (Gemed); Gerência de Controle de Benefícios (Gecob); Gerência de

³²O SC Saúde oferece serviços de assistência à saúde e prevenção aos servidores ativos e inativos do Poder Executivo, de suas autarquias e fundações, do Poder Judiciário, do Poder Legislativo, do Ministério Público, do Tribunal de Contas do Estado e da Procuradoria Geral junto ao Tribunal de Contas.

Perícia Médica (Gepem); Gerência do Plano de Saúde (Gepsa); Gerência de Saúde Ocupacional (Gesao) e a Gerência de Serviços de Saúde do Servidor (Ges). O modelo de gestão e a estrutura organizacional da Administração Pública de Santa Catarina estão dispostos na Lei Complementar n. 381, de 07/05/2007 revogada pela Lei n. 534, de 20/04/2011. Tal ordenação diz que a "Administração Pública Estadual deverá desburocratizar, descentralizar e desconcentrar circuitos de decisão" afim de elevar a "qualidade de vida da sua população" (SANTA CATARINA, 2007-H).

A GESAO tem como atribuições:

- promover estudos visando à atualização da legislação pertinente à área de saúde ocupacional do servidor;
- propor a formação de comitês intersetoriais e/ou interinstitucionais, quando necessário, para estudo de projetos que visem à melhoria das condições de trabalho e saúde do servidor público estadual;
- implantar normas federais de segurança e medicina do trabalho, em especial as normas regulamentadoras na Portaria 3214/78 do Ministério do Trabalho (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA) e do INSS (Decreto 3.048/99 - Perfil Profissiográfico Previdenciário - PPP), combinado com legislação estadual;
- coordenar as Comissões Permanentes de Segurança e Saúde Ocupacional;
- planejar ações educativas e preventivas em segurança do trabalho (SANTA CATARINA, 2017-H).

O Programa de Saúde Ocupacional do Servidor Público Estadual é regido pela Lei 14.609. Por meio da SEA, integram-se as ações de normatização, coordenação, supervisão, regulação, controle e fiscalização relacionadas à saúde ocupacional do servidor público estadual. Cabem aos demais órgãos da administração pública estadual executar e operacionalizar tais práticas. As equipes de trabalho são descentralizadas e também foram modificadas. Incorporam-se outros profissionais da área da saúde e segurança do trabalho, além da área da medicina e engenharia, como psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, entre outros (CUNHA, 2007).

Tal programa é destinado a todos os servidores públicos estaduais, independente do Regime Jurídico, desde a sua admissão até a inatividade. Porém, sabe-se que sua implementação na realidade não atende a estes moldes. Os estudos nessa área evidenciam a carência da Política de Saúde e Segurança do trabalhador no serviço público. Em geral, as atividades realizadas são os exames de saúde (admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais) e a perícia médica (SEFARIM, 2009).

Segundo Carneiro (2006), são formas de controlar a ausência ao trabalho.

O autor aponta que as questões relacionadas à saúde, em sua maioria, não fazem parte da pauta dos projetos de capacitação gerencial da Administração Pública. Esta faz a opção de organizar serviços médicos desconectados da política de recursos humanos, contribuindo para concepções e práticas biologicistas, individuais e fragmentadas.

Assim como a reforma do Estado brasileiro se pautou nas diretrizes dos organismos financeiros internacionais para gerir os programas sociais, a política de atenção à saúde dos servidores públicos também foi gerida de modo mercantilista, com políticas focalizadas, na lógica do Estado mínimo. Para atender as populações consideradas situadas em um patamar mais privilegiado, como os servidores públicos, as políticas de saúde suplementares, por meio de parcerias com a iniciativa privada aparecem como resposta (PRAZERES, 2011).

O Projeto Saúde articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na política de ajuste neoliberal que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. (BRAVO; MATOS, 2008, p. 200).

Apesar dos servidores públicos, neste contexto, serem muitas vezes colocados como “população privilegiada”, no sentido público da universalização de direitos está cada vez mais distante, pagando duplamente pela sua saúde (como segurados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e como “beneficiários” do Plano de Saúde Suplementar, sem contar o sucateamento do SUS). A contradição se mostra presente mais uma vez. Em meio a isso, os servidores vêm perdendo sua identidade, pois, são contratados pelo governo “para atuar com, no e para o público”, e se vêem como “beneficiário do privado” (PRAZERES, 2011, p. 81).

As proposições da contrarreforma na saúde pretendem que os trabalhadores sejam os novos financiadores do capital através dos planos de saúde privados, com a despolitização da esfera pública e a defesa da solidariedade interclasses. O cidadão é dicotomizado em cliente e consumidor. O cliente é objeto das políticas públicas, ou seja, do pacote mínimo para a saúde previsto pelo Banco Mundial, e o consumidor tem acesso aos serviços via mercado (BRAVO; MATOS, 2008, p. 211-212).

Os servidores do Ministério Público de Santa Catarina não são incluídos nas medidas propostas pela administração estadual. Por ser considerado autônomo, como veremos adiante, o MPSC se utiliza apenas dos serviços do Plano SC Saúde e da Perícia Médica. Isso porque, não possui esses serviços próprios. Para melhor compreensão, realizar-se-á a caracterização deste órgão.

2.3 Estrutura Organizacional do Ministério Público de Santa Catarina

Na Constituição Federal em 1988, definiram-se as atuais funções do Ministério Público (MP) e, atestou-se sua independência e autonomia frente ao Poder Executivo, Judiciário, Legislativo e ao Tribunal de Contas. Segundo Santos (2003 apud MANFRINI, 2007, p. 28), isso contribuiu para o “controle e fiscalização dos atos da administração pública”.

O Ministério Público tem orçamento, carreira e administração próprios.³³ Trata-se de uma instituição pública e permanente, essencial à função jurisdicional do Estado. Como assegura a Constituição Federal, art. 127, o MP atua na defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e indisponíveis, como o direito à vida, à saúde, à moradia, à liberdade, à educação, ao trabalho, à cidadania, entre outros. Têm o papel de fiscalização das leis, defendendo também o patrimônio cultural, o meio ambiente, os direitos e interesses da coletividade, como os das comunidades indígenas, da família, da criança, do adolescente e do idoso. (BRASIL, 2017-A). Por isso, também integra a Administração Pública Direta.

Existe o Ministério Público da União – que possui quatro ramos: o Ministério Público Federal (MPF), o Ministério Público do Trabalho (MPT), o Ministério Público Militar (MPM) e o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) – e um Ministério Público em cada estado.³⁴

O Ministério Público de Santa Catarina (MPSC) defende os interesses da sociedade nos casos que envolvam órgãos, bens, serviços, verbas, áreas ou interesses do Estado de Santa Catarina. As Promotorias de Justiça são órgãos do Ministério Público que desempenham as funções institucionais junto às comarcas, na esfera judicial atuando junto aos Juízes de Direito, em contato mais próximo e direto com a população, ajuizando ações nos fóruns e fazendo denúncias. E na esfera extrajudicial, em que o Promotor pode fazer recomendações e propor

³³Os valores são originários de percentual da receita do Estado fixados nas leis orçamentárias. Os tributos recolhidos formam a receita do Estado, que é utilizada para manter as atividades do Ministério Público, Tribunal de Justiça, Assembleia Legislativa, Tribunal de Contas e Executivo. Mas essa distribuição não é aleatória e, no Estado de Santa Catarina, o percentual destinado ao Ministério Público, atualmente, é de 3,1% da receita líquida, que equivale a cerca de 624 milhões. Somam-se a isso os recursos oriundos dos fundos especiais gerenciados pelo MPSC, que são usados para o financiamento de projetos da sociedade (FRBL aproximadamente R\$ 23 milhões), para o reaparelhamento da instituição (FERMP aproximadamente R\$ 126 milhões) e para o aperfeiçoamento de membros e servidores (FECEAF aproximadamente R\$ 5 milhões). Todos os valores são baseados no orçamento realizado para o ano de 2016 e pode ser visualizado detalhadamente em: transparencia.mp.br. (MP de SANTA CATARINA, 2017-L).

³⁴MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. O MPSC: Entenda o Ministério Público. Disponível em: <<https://www.mp.br/o-ministerio-publico/entenda-o-ministerio>>. Acesso em: 20 jun. 2017-M.

acordos, como os termos de ajustamento de conduta.³⁵

Já as Procuradorias de Justiça se dividem em Cível e Criminal. São os órgãos do Ministério Público junto ao Tribunal de Justiça que se manifestam em processos propostos inicialmente pelo Promotor de Justiça ou que envolvam interesse público. Opinam quando a decisão do Juiz é questionada pelo acusado ou pelo próprio Ministério Público (MP). E atuam, ainda, quando o Ministério Público não concorda com uma decisão do Tribunal de Justiça e recorre ao próprio Tribunal de Justiça e aos tribunais superiores: Superior Tribunal de Justiça (STJ) e Supremo Tribunal Federal (STF). Os Procuradores-Gerais de Justiça são os chefes dos Ministérios Públicos dos Estados. Exercem funções administrativas e de execução. Como órgão de execução, pode propor ação penal em relação a crimes praticados por Prefeitos, Secretários de Estado, integrantes da Mesa Diretora e da Presidência da Assembléia Legislativa, Juízes de Direito e membros do próprio Ministério Público. Isso acontece porque, na esfera criminal, essas autoridades têm direito a foro por prerrogativa de função (conhecido como foro privilegiado) - nestes casos, o Tribunal de Justiça.³⁶

São áreas de atuação do MPSC: Saúde, Direitos Humanos e Cidadania, Consumidor, Meio Ambiente, Moralidade Administrativa, Controle da Constitucionalidade, Ordem Tributária, Processo Eleitoral, Criminal, Falência, Família, Terceiro Setor, Idoso, Pessoa com Deficiência, Infância e Juventude, Patrimônio Histórico e Registros Públicos.³⁷

Os Promotores e Procuradores são intitulados membros. Os servidores podem ocupar cargo público de provimento em comissão³⁸ ou de provimento efetivo³⁹. São profissionais de diversas áreas e que prestam serviços variados. Em

³⁵MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. *O MPSC: Promotorias de Justiça*. Disponível em: <<https://www.mp.sc.br/o-ministerio-publico/promotorias-de-justica>>. Acesso em: 20 jun. 2017-N.

³⁶MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. *O MPSC: Procuradorias de Justiça*. Disponível em: <<https://www.mp.sc.br/o-ministerio-publico/procuradorias-de-justica>>. Acesso em: jun. 2017-O.

³⁷MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. *O MPSC: Entenda o Ministério Público*. Disponível em: <<https://www.mp.sc.br/o-ministerio-publico/entenda-o-ministerio>>. Acesso em: 20 jun. 2017-M.

³⁸É o cargo de direção, chefia ou assessoramento ao servidor público, cujo provimento dispensa concurso público. Será ocupado, em caráter transitório, por pessoa de confiança da autoridade competente para livremente nomear e exonerar. Esses cargos são criados e limitados em quantidade por lei, com denominação própria e remuneração paga pelo erário e pertencem ao quadro de pessoal da estrutura organizacional de um órgão/entidade da administração direta, autarquia e fundação pública (MEIRELLES, 1996).

³⁹É o cargo que faz juz o servidor que foi aprovado em concurso público pertencente ao quadro de pessoal da estrutura organizacional de um órgão/entidade da administração direta, autarquia e fundação pública e que, por suas atribuições e responsabilidades, será remunerado pelo erário público (MEIRELLES, 1996).

maioria, atuam nas áreas administrativas e no apoio técnico aos Membros em suas investigações, como mostram os Anexos B, C e D. Conta-se ainda com estagiários e trabalhadores terceirizados, estes últimos prestadores de atividades meios na instituição.⁴⁰

A maior parte das atividades técnicas e administrativas do Ministério Público de Santa Catarina está subordinada à Coordenadoria-Geral Administrativa. São setores responsáveis por todo o funcionamento financeiro e administrativo do MPSC (como contabilidade, contratos, licitações, transporte, recursos humanos, logística, limpeza, infraestrutura e tecnologia).⁴¹ Existem ao todo 111 comarcas no estado, que podem ser vistas no Anexo A, com as respectivas cidades de abrangência. É uma instituição que conta com cerca de 4.000 trabalhadores, a maioria cumprindo uma jornada de 40 horas semanais e que permanecem ativos cerca de 30 anos. (SILVEIRA, 2014).

Dentro da Coordenadoria-Geral Administrativa há a Coordenadoria de Finanças e Contabilidade, a Coordenadoria de Operações Administrativas, a Coordenadoria de Pagamento de Pessoal, a Coordenadoria de Tecnologia de Informação, a Coordenadoria de Engenharia e Arquitetura e a Coordenadoria de Recursos Humanos – CORH. A CORH se divide em gerências, são elas: a Gerência de Legislação de Pessoal; a Gerência de Cadastro e Informações Funcionais; a Gerência de Estágio; a Gerência de Desenvolvimento de Pessoas e a Gerência de Atenção à Saúde, local em que ocorreu a investigação dessa pesquisa, conforme mostra o organograma a seguir.⁴²

⁴⁰MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. O MPSC: Áreas Administrativas. Disponível em: <<https://www.mpsc.mp.br/o-ministerio-publico>> Acesso em: jun. 2017-P.

⁴¹MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. O MPSC. Disponível em: <<https://www.mpsc.mp.br/o-ministerio-publico/o-ministerio-publico>>. Acesso em: jun. 2017-Q.

⁴²MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. O MPSC: Áreas Administrativas. Disponível em: <<https://www.mpsc.mp.br/o-ministerio-publico>> Acesso em: jun. 2017-P.

Figura 1: Organograma Gerência de Atenção à Saúde



Fonte: Registro próprio.

Diante das diversas iniciativas da sociedade para consolidação das políticas públicas voltadas para a segurança e saúde do trabalhador, e pela própria atividade fim da instituição visando à garantia de direitos, surge a preocupação para com a saúde ocupacional dos trabalhadores do MPSC. Essa preocupação sempre foi uma demanda dos servidores, passando a ser absorvida pela administração e incluída no Planejamento Estratégico no ano de 2012. (MP de SANTA CATARINA, 2017-R).

Tal Planejamento auxilia na definição de objetivos e estratégias de uma organização. No MPSC, o Planejamento Estratégico 2012/2022 foi construído de forma participativa entre Procuradores e Promotores de Justiça e Servidores. Foram realizados seis eventos regionais, nas cidades de Lages, Joinville, Blumenau, Criciúma, Chapecó e Florianópolis, para levantar informações sobre os pontos fortes e os pontos a melhorar no MPSC. Participaram dos eventos cerca de 600 pessoas. Os dados necessários para análise foram obtidos por meio de atividades em grupo e abrangeu todo o estado. A coleta de dados seguiu três etapas: 1) coleta e validação dos dados nos pequenos grupos; 2) consolidação e validação no grande grupo e 3) validação dos dados na Comissão de Planejamento Estratégico - CPE. (MP de Santa Catarina, 2017-R).

Definiram-se vinte objetivos estratégicos para serem colocados em prática e monitorados até 2022. Por meio de diversas iniciativas busca-se racionalizar o trabalho para alcançar a missão da instituição, que é “promover a efetivação dos direitos da sociedade, visando fortalecer a democracia, a cidadania e o desenvolvimento sustentável” (MP de SANTA CATARINA, 2017-R, p. 17).

Dentre os objetivos estratégicos definidos, encontra-se o nº 19: "Ter pessoal qualificado e em número suficiente". Através do Programa para o aperfeiçoamento do sistema de capacitação de membros e servidores, do Programa para a motivação e humanização do ambiente de trabalho e do Programa de melhoria de Gestão de Pessoas busca-se “adequar o quantitativo e promover o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes dos membros e servidores, visando melhorar o clima organizacional e aumentar a efetividade dos resultados das ações” (MP de SANTA CATARINA, 2017-R, p. 36).

Como parte das ações do Programa de Humanização do Ambiente de Trabalho em 26 de setembro de 2012, por meio de Lei Complementar, é criada a Gerência de Atenção à Saúde – GESAU. A sua função é “realizar ações de promoção à saúde através de atividades e programas que melhorem a qualidade de vida” dos trabalhadores do MPSC. (MP de SANTA CATARINA, 2017-R, p.07).

Silveira (2014, p. 15) aponta que, a força de trabalho necessita estar em “ótimas condições físicas, mentais e psicológicas para que possam exercer suas atividades em perfeitas condições”. A autora diz que zelar pela Qualidade de Vida no trabalho é essencial para que a produtividade não seja reduzida pelo adoecimento.

Com implementação integral da GESAU em 2014, tem-se a estrutura necessária dentro do órgão para desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde, segurança no trabalho e qualidade de vida. É proposto o Programa de Qualidade de Vida e Saúde Ocupacional do MPSC. Por meio de projetos planejados e desenvolvidos por equipe multiprofissional, formada em 2013, buscaram-se soluções para a melhoria dos ambientes de trabalho e da organização das atividades funcionais. (MP de SANTA CATARINA, 2017-S).

Adiante, será apresentado o Programa de Qualidade de Vida do MPSC. Antes, para melhor compreensão, é preciso refletir sobre tal conceito e o que ele representa nesse modelo de gestão da força de trabalho.

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (1994) como a manutenção da saúde, em seu maior nível possível, em todos os aspectos

da vida humana, sejam eles físicos, sociais, psíquicos e espirituais. Os autores da área da Administração abordam o assunto denominando-o como qualidade de vida no trabalho (QVT). Chiavenato (1999, p. 391) ao tratar desse conceito diz que se refere “à preocupação com o bem-estar geral e a saúde dos trabalhadores no desempenho de suas tarefas”. Como na ideia difundida no conceito de saúde, a concepção de qualidade de vida abarca condições físicas, ambientais, sociais e/ou psíquicas e também compartilha das contradições que dizem respeito às relações sociais desenvolvidas entre capital e trabalho. Por um lado, é reivindicação dos próprios trabalhadores “pelo bem-estar e satisfação no trabalho”, e por outro, é interesse das organizações sociais, pois está ligada “aos efeitos potenciais sobre a produtividade e a qualidade”.

Segundo Burawoy (1990 apud CARNEIRO, 2007, p. 2) deve-se atentar para o fato de que “na medida em que são apresentadas estratégias gerenciais que revelam a intenção do capital em responder às necessidades dos trabalhadores” supostamente elimina-se aquela contradição. Supostamente, porque ela continua presente, haja vista que os programas de qualidade de vida podem ser entendidos “como um dos mecanismos da gestão empresarial para ampliar a produtividade e exercer o domínio ideológico sobre a força de trabalho”. Além do que a presença do tema no discurso governamental revela a aderência “à nova perspectiva gerencial de modernização empresarial, baseada nos princípios da especialização flexível e da gestão participativa”, como visto anteriormente.

Como podemos observar, a cidadania é o resultado almejado nas ações desenvolvidas pela GESAU:

A implementação de um Programa de Qualidade de Vida nas organizações públicas permite subsidiar o desenvolvimento de políticas organizacionais que buscam melhorias na qualidade de vida do servidor público, e também na sua produtividade de modo geral, contribuindo assim, para o exercício da cidadania tanto dos servidores, como dos cidadãos atendidos pela organização. (FERREIRA et al., 2009, apud SILVEIRA, 2014, p. 34).

Mas de que cidadania se está falando? É possível perceber que a qualidade de vida na sociedade capitalista diz respeito à reprodução da força de trabalho enquanto é ativa para o capital. Na medida em que o indivíduo deixa de interessar como mão de obra, sua vida não terá mais qualidade, a não ser pelo acesso a riqueza produzida que lhe cabe, devido a sua posição na divisão societécnica do trabalho (CARNEIRO, 2007).

Com isso quero dizer que, a concepção de cidadania corresponde ao

cidadão que faz parte da sociedade capitalista, em que o direito de propriedade constitui os direitos humanos universais (MARX, 1991). Assim, a cidadania ganha uma nova roupagem. As pessoas passam a ser vistas como cidadãs a partir do momento que passam a ter acesso ao consumo de bens e serviços. Como apontado por CARNEIRO (2007, p. 4) o que existe é um “cidadão-consumidor”.

O conceito de cidadania que se deve perseguir é aquele que garante aos sujeitos direitos civis, políticos e sociais, a liberdade, autonomia e emancipação plena dos mesmos, pensando a qualidade de vida para além do mercado de trabalho e de acesso ao consumo. Ciente de que, a cidadania não implica a superação das desigualdades sociais, apenas a redução delas. O Estado neoliberal ao aderir o discurso da qualidade de vida como conquista de cidadania mascara a redução dos direitos sociais e seu impacto sobre a sociedade. Transfere para as relações de trabalho, para o mercado a responsabilidade pela garantia da cidadania (DAGNINO, 2004).

O Estado assume diante da sociedade a defesa da qualidade de vida como direito do cidadão, incorporando a defesa dos princípios da concorrência própria do mercado e do mundo empresarial. A esfera pública assimila o modus operandi da esfera privada e, inclusive, passa a utilizar uma nova denominação para a cidadania como cidadão consumidor, aquele que deve estar apto para consumir produtos e serviços e livre para ser consumido como mercadoria pelo capital. (CARNEIRO, 2007, p. 7).

Percebe-se que o conceito de cidadania é deslocado da esfera política para a esfera dos negócios e gerências e acaba por modernizar as formas de controle do capital sobre o trabalho, bem como, estende a dimensão técnica para a dimensão ideológica e captura a dimensão subjetiva do trabalhador. O conceito de qualidade de vida aparece como estratégia de conquista para uma nova condição de vida, nos seus aspectos físicos, psíquicos e sociais, resultado do modo como vivemos nosso cotidiano em sociedade, das pressões advindas do trabalho, etc. Por isso tem grande aderência por parte dos empregadores e também dos trabalhadores (CARNEIRO, 2007).

Compreende-se nessa perspectiva que a reforma do Estado “inverteu o debate político para o campo da gestão, reconhecendo que a reconstrução do ‘novo Estado’ estaria limitado aos aspectos instrumentais e técnicos” (SOUZA; LIMA; MOURÃO, 2007 apud CARDOSO, 2013, p. 51).

3 A ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NO MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA

Nesse ponto, serão apresentadas e analisadas as demandas de saúde trazidas pelos trabalhadores do MPSC. Busca-se uma reflexão a partir da teoria, sobre os dados empíricos, para melhor compreensão acerca do processo de saúde e doença no trabalho numa perspectiva de totalidade. Na sequência será apresentada a forma em que está organizada a atenção à saúde nesta instituição.

3.1 Do que adoecem os trabalhadores do MPSC?

Como se sabe, entre os desafios gerados pelas mudanças na gestão do trabalho estão os impactos causados à saúde física e mental do trabalhador. A forma como o capital organiza e gere o trabalho "resulta em crescente demanda de energia intelectual e psíquica dos trabalhadores, mas não reduz a demanda por gasto de energia física, ao contrário, as pressões se acumulam" (CARDOSO, 2013). Surgem então, novas formas de adoecimento relacionadas ao trabalho, assim como se mantém as antigas (DIEESE, 2015).

Além disso, tais mudanças alteram os estilos de vida da população. Segundo Silveira (2014), a adoção de hábitos mais sedentários, nutrição de pouca qualidade, o aumento do tabagismo e do alcoolismo, dentre outros, foram observados. Registra-se ainda, o aumento da violência doméstica, do cansaço, o aumento da dependência química e das chamadas doenças mentais (SELIGMANN-SILVA, 2012).

As questões psicológicas, os riscos ambientais, ergonômicos e mecânicos, são considerados os principais influenciadores na saúde/doença do servidor. De acordo com Lara (2011), com a intensificação do trabalho gerada pelas inovações tecnológicas, a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e o Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT), na atualidade, são algumas das principais doenças do trabalho, junto aos distúrbios mentais, as lombalgias, as perdas auditivas e os problemas oculares.

A utilização de máquinas e a robotização, em alguns casos, aliviaram a carga física do trabalho, mas o processo de automação passou a exigir maior destreza das mãos. Agora, o esforço físico demandado é de outra natureza. É um esforço leve e, por isso, capaz de ser repetido em alta velocidade pelas mãos e pelos dedos por várias vezes, e cobra, ao mesmo tempo, uma postura estática e a sobrecarga dos segmentos do corpo (SANTOS, 2005, apud LARA, 2011, p. 79).

O Código Internacional de Doenças aponta que a maior incidência nas doenças do trabalho foram sinovite e tenossinovite, lesões no ombro e dorsalgia. A faixa etária mais afetada foi a de 30 a 39 anos, com 31,9% do total registrado. Os benefícios relacionados aos acidentes e doenças do trabalho, junto ao pagamento das aposentadorias especiais decorrentes das condições ambientais de trabalho somaram 11,60 bilhões de reais/ano. Já as despesas com o custo operacional do Instituto Nacional de Seguridade Social, mais as despesas na área da saúde, atingem anualmente 46,40 bilhões de reais (LARA, 2011, p. 83).

O decreto 3.048/99 do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS, 2017-I) também apresenta uma lista de doenças profissionais e relacionadas ao trabalho, com um conjunto de categorias diagnósticas baseadas no CID, dentre elas se encontram os transtornos mentais e comportamentais⁴³ e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.⁴⁴

Tais doenças são as principais que atingem os servidores públicos. Isso porque, estes, em sua maioria, prestam serviços do tipo intelectual, como por exemplo, o processamento de informações, negociações, fiscalização, ensino, pesquisa, entre outras e não braçal (PORTO, 2006, apud NUNES; LINS, 2009).

No MPSC a atividade laboral predispõe o desenvolvimento de doenças ocupacionais como as relativas aos movimentos repetitivos, à inatividade física e ao estresse emocional, devido “à intensa demanda, complexidade das atividades e impossibilidade de substituição de pessoal efetivo, no caso de afastamento do

⁴³São doze categorias diagnósticas de transtornos mentais e do comportamento, entre elas: demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais; delírium, não sobreposto à demência, como descrita; transtorno cognitivo leve; transtorno orgânico de personalidade; transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado; alcoolismo crônico; episódios depressivos; estado de estresse pós-traumático; neurastenia; outros transtornos neuróticos especificados; transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos e sensação de estar acabado (BRASIL, 2017-I).

⁴⁴Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional (M70.-): Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho (M70.0); Bursite da Mão (M70.1); Bursite do Olécrano (M70.2); Outras Bursites do Cotovelo (M70.3); Outras Bursites Pré-rotulianas (M70.4); Outras Bursites do Joelho (M70.5); Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão (M70.8); Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão (M70.9). Lesões do Ombro (M75.-): Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro) (M75.0); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso (M75.1); Tendinite Bicipital (M75.2); Tendinite Calcificante do Ombro (M75.3); Bursite do Ombro (M75.5); Outras Lesões do Ombro (M75.8); Lesões do Ombro, não especificadas (M75.9); Outras entesopatias (M77.-): Epicondilite Medial (M77.0); Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia (M79.1) Osteomalácia do Adulto induzida por drogas (M83.5); Osteonecrose (M87.-): Osteonecrose devida a drogas (M87.1); Outras Osteonecroses. Osteólise (M89.5) (de falanges distais de quirodáctilos); Osteonecrose no “Mal dos Caixões” (M90.3); Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) (M93.1) e outras Osteocondro-patias especificadas (M93.8) (BRASIL, 2017-I).

trabalho” (SILVEIRA, 2014, p.7).

A partir da criação da GESAU, foi possível compilar dados de maneira específica e perceber quais doenças possuem maior influência no índice de absenteísmo.

No período de janeiro de 2015 ao primeiro semestre de 2017⁴⁵ é possível visualizar um total de 2.696 afastamentos para tratamento de saúde. Dentre eles, 939 foram Licenças para Tratamento de Saúde (LTS), 1.577 Atestados Médico, 13 Auxílio Doença/INSS e 1 Acidente de Trabalho.

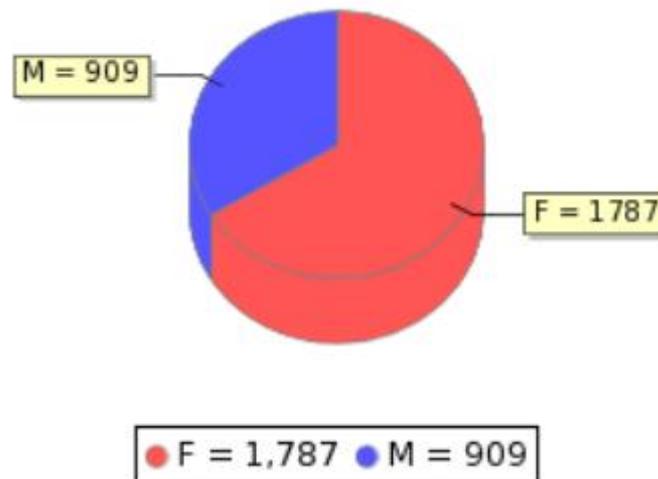
Tabela 1: Tipos de afastamento – quantidade de dias e licenças - 2015-2017

Tipo de Licenças	Nº Dias	Nº Licenças
Licença Maternidade	2872	24
LTSPF	1822	142
LTS	20064	939
Auxilio doença/INSS	420	13
Atestado Médico	2614	1.577
Acidente Trabalho	1	1
TOTAL	(DA) 27793	2696

Fonte: Ministério Público de Santa Catarina, 2017.

As mulheres aparecem como sendo as mais lesionadas.

Gráfico 1: Afastamentos para Tratamento de Saúde por sexo - 2015-2017



Fonte: Ministério Público de Santa Catarina, 2017.

⁴⁵O período escolhido se deve ao fato de que, as ações desenvolvidas pela Gerência de Atenção à Saúde, no ano de 2014 estavam sendo iniciadas. Sendo assim, o período de 2015-2017 traz dados mais fidedignos.

Sem pretensão de adentrar neste tema, cabe dizer que isso pode ocorrer por inúmeros fatores. Entretanto, estudos comprovam que no caso das trabalhadoras, há uma “conjugação do capitalismo e patriarcalismo como determinantes da opressão feminina nas relações hierárquicas do trabalho”, bem como uma ocultação da responsabilidade social do trabalho doméstico, realizado no âmbito privado (BRITO; D’ACRI, 1991). Assim, servem duplamente ao capital, através de sua força de trabalho e através do trabalho doméstico, este “possibilita que uma massa de trabalhadores chegue diariamente às fábricas, usinas, escritórios, lojas e armazéns” (PENA, 1986 apud BRITO; D’ACRI, 1991).

A maioria dos adoecimentos dos servidores não é indicada nos atestados. Os afastamentos para exames gerais e para cuidados e procedimentos específicos pós-cirúrgicos aparecem como os mais rotineiros. Os episódios depressivos e os transtornos ansiosos são os mais frequentes entre as doenças especificadas relacionadas ao trabalho, seguida de lombalgia (manifestações dolorosas na região lombar). A faixa etária mais afetada é de 31 a 40 anos, resultando em 18.5% do total de servidores afastados.

Tabela 2: Número de LTS por CID – Período 2015-2017

CID	Quantidade
Z54 - Convalescença	119
Z54.0 – Convalescença Pós Cirúrgica	31
Z00.0 – Exame Médico Geral	25
Z00 - Convalescença	24
F32 – Episódio Depressivo	21
F41 – Outros Transtornos Ansiosos	19
S93.4 – Entorse e Distensão do Tornozelo	15
F32.1 – Episódio Depressivo Moderado	14
M54.5 – Dor Lombar Baixa	14
F41.2 – Transtorno Misto Ansioso e Depressivo	12
OUTROS	696
TOTAL	990

Fonte: Ministério Público de Santa Catarina, 2017.

A informação do CID nos atestados médicos não é obrigatória. Entretanto, revela-se importante no que tange às doenças relacionadas ao trabalho, para que possam ser passíveis de prevenção. E ainda, para a construção de conhecimentos na área, para auxiliar na identificação dos motivos dos adoecimentos e mortes

associadas aos ramos de atividade econômica e aos processos de trabalho (FIGUEIREDO; CAMARGOS, 2013). As Licenças para Tratamento de Saúde relacionadas ao CID M, classificação dada as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, representam 16% desse total, contabilizando 4.469 dias de afastamento.

Tabela 3: Número de LTS por CID M – Ano de 2015

CID	Quantidade
M54.5	5
M25.5	4
M51.1	4
M54.4	2
M71	2
M77.1	2
M05	1
M05.3	1
M16	1
M16.0	1
OUTROS	19
TOTAL*	42

Fonte: Ministério Público de Santa Catarina, 2017.

Tabela 4: Número de LTS por CID M – Ano de 2016

CID	Quantidade
M54.5	9
M25.5	6
M51.2	6
M54.2	6
M16.9	5
M54.4	5
M65	5
M16	3
M79	3
M94.8	3
OUTROS	44
TOTAL	95

Fonte: Ministério Público de Santa Catarina, 2017.

Tabela 5: Número de LTS por CID M – Janeiro/Junho de 2017

CID	Quantidade
M25.5	2
M51.0	2
M06.0	1
M12.2	1
M16	1
M16.0	1
M17	1
M17.1	1
M23.3	1
M54.1	1
OUTROS	9
TOTAL	21

Fonte: Ministério Público de Santa Catarina, 2017.

As LER/DORT são resultantes da “superutilização do sistema osteomuscular, instalando-se progressivamente no trabalhador sujeito a fatores de risco técnico-organizacionais” (BARBOSA; SANTOS; TREZZA, 2007, p.495). São fatores influenciadores destas doenças:

Fatores de natureza ergonômica - encontramos mesas e cadeiras anti-ergonômicas, layout inadequado para o tipo de trabalho, inadequação postural frente aos equipamentos do posto de trabalho, manoplas anti-ergonômicas, exigência física demasiada. [...]

Fatores de natureza organizacional e psicossocial: ausências de pausas, ritmo muito intenso de trabalho, gratificação atrelada ao trabalho, cobrança excessiva na produção e no cumprimento dos prazos, problemas nas relações e interações pessoais, ambientes de trabalho estressante, privação das necessidades fisiológicas. [...]

Fatores de natureza sócioeconômica e cultural: medo de perder a gratificação e prejudicar a coordenação motora, falta de reconhecimento social da doença no ambiente de trabalho, ausência de solidariedade humana, [medo de perder o emprego] (BARBOSA; SANTOS; TREZZA, 2007, p. 494, grifo do autor).

Os adoecimentos relacionados ao CID F, que trata dos transtornos psíquicos e comportamentais, abrangem 15.5%. Os dias afastamento somam 4.556.

Tabela 6: Número de LTS por CID F – Ano de 2015

CID	Quantidade
F41.1	9
F43.2	9
F32.1	7
F41	7
F41.0	6
F32	5
F33	5
F33.1	5
F43.1	4
F33.2	3
OUTROS	10
TOTAL*	70

Fonte: Ministério Público de Santa Catarina, 2017.

Tabela 7: Número de LTS por CID F – Ano de 2016

CID	Quantidade
F32	15
F41	8
F41.2	7
F32.1	5
F33.1	4
F32.2	3
F43.0	3
F31.6	2
F41.0	2
F43.2	2
OUTROS	7
TOTAL*	58

Fonte: Ministério Público de Santa Catarina, 2017.

Tabela 8: Número de LTS por CID F – Ano de 2017

CID	Quantidade
F41	4
F41.2	4
F32.1	3
F43	3
F32	2
F32.2	2
F33.1	2
F31.3	1
F33	1
F40	1
OUTROS	2
TOTAL*	25

Fonte: Ministério Público de Santa Catarina, 2017.

O Manual de procedimentos para Serviços de Saúde para as doenças relacionadas ao trabalho, desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 2001, demonstra a influência do trabalho nas alterações da saúde mental, seja pela exposição a determinado agente tóxico ou pelos fatores relacionados à organização do trabalho já elencados nesta pesquisa (BRASIL, 2017-J). São considerados fatores de riscos psicossociais:

características da organização do trabalho, diferença entre trabalho real e trabalho prescrito; grau de estresse gerado pela atividade laboral; trabalho repetitivo, monótono ou parcelado; chefias sem experiência; restrição à tomada de decisões em diferentes níveis; sobrecarga e subcarga física, cognitiva e psíquica; jornada e ritmo de trabalho; conflitos interpessoais; contratos psicológicos negativos; ambigüidade de papéis e demandas; relações interpessoais entre os pares; relações interpessoais entre superiores e subordinados e outros (BRASIL, 2017-J, p. 22).

Outro aspecto relevante nos ambientes de trabalho, que passou a influenciar a saúde mental dos trabalhadores a partir da reestruturação produtiva, é o assédio moral. Trata-se de um fenômeno de violência psicológica que traz, além de consequências à saúde do trabalhador, consequências sociais, pois atinge a família, a organização, entre outros (FREIRE, 2009). O assédio moral caracteriza-se por uma exposição prolongada e repetitiva dos trabalhadores a situações/comportamentos constrangedores e humilhantes, praticadas por uma ou mais pessoas (superiores ou colegas) em um local de trabalho. Os comportamentos têm a finalidade de isolar, humilhar, ridicularizar, amedrontar, punir ou desestabilizar

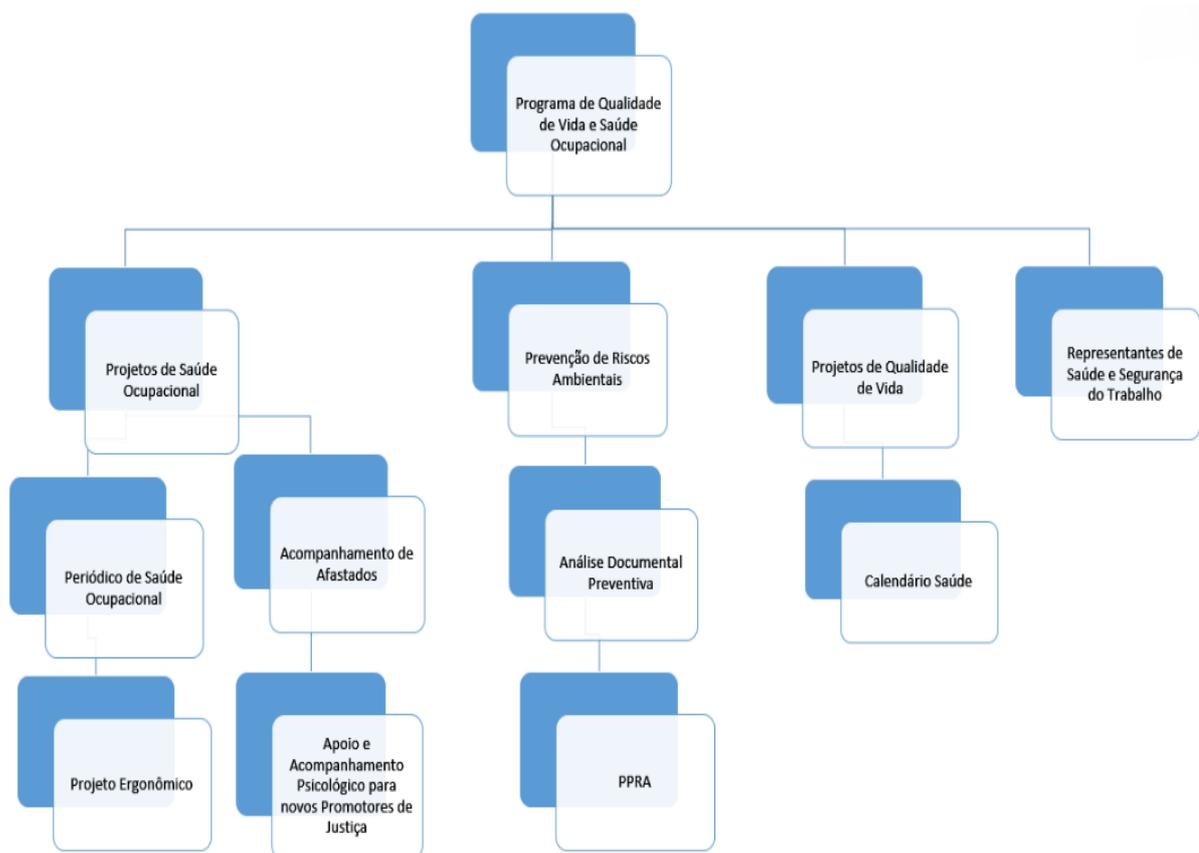
emocionalmente os trabalhadores, colocando em risco a sua saúde física e, principalmente, psicológica, além de afetar seu desempenho e o próprio ambiente de trabalho (SANTOS; FERNANDES, 2010).

Feitos estes apontamentos, veremos como o Ministério Público de Santa Catarina responde as demandas apresentadas por seus trabalhadores.

3.2 O Programa de Qualidade de Vida do MPSC

Considerando as Normas Regulamentadoras, o Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público de Santa Catarina, o Planejamento Estratégico do MPSC (2012-2022) e a necessidade de se realizar o rastreamento precoce dos agravos à saúde dos trabalhadores, é instituído por meio do Ato n. 173/2016/PGJ, revogado pelo Ato n. 163/2017/PGJ (que inclui os estagiários), o Programa de Qualidade de Vida e Saúde Ocupacional do MPSC, que está estruturado da seguinte maneira:

Figura 2: Organograma Programa de Qualidade de Vida do MPSC



Fonte: Ministério Público de Santa Catarina, 2017.

A criação da GESAU e a formação da equipe multidisciplinar possibilitou a implementação do Programa de Qualidade de Vida do MPSC. A sua primeira versão foi implementada em 2014, passando por adequações até chegar ao seu atual formato. Os programas e projetos abaixo apresentados foram pensados coletivamente visando dar respostas aos adoecimentos, promover e preservar a saúde e a integridade dos trabalhadores da instituição.

✓ Projetos de Qualidade de Vida:

Calendário Saúde: objetiva promover a saúde e prevenir doenças através de ações informativas. Os temas são veiculados via intranet, folders, palestras, entre outros. Tal projeto está vigente atualmente e abrange todos os membros e servidores.

Redes Sociais: Tecnologia, mídia social e sua saúde: elaborado e realizado em 2014. Com o objetivo de alertar os trabalhadores acerca dos mitos e verdades decorrentes do uso das redes sociais e dos equipamentos que permitem acessá-las e suas implicações à saúde. Em razão de outras demandas mais urgentes que se apresentaram, não foi realizado nos anos seguintes, porém, pode ser executado a qualquer tempo, quando se fizer necessário, tanto na Capital como no interior.

Grupo de Corrida e caminhada: Ocorreu em 2014, visando estimular e efetivar a importância da prática regular de exercícios físicos como fator predominante de proteção à saúde e de melhor qualidade de vida.

Grupo de avaliação nutricional: Realizado também no ano de 2014, o Grupo Terapêutico de Educação Nutricional, buscou desenvolver a consciência nutricional e mudança de hábitos alimentares. Sob a supervisão de um profissional de nutrição e uma equipe interdisciplinar, ocorreu por meio de encontros.

Coral: Visa organizar couro de vozes mistas do Ministério Público de Santa Catarina. A atividade pretende diminuir o estresse e estimular as relações interpessoais. O Projeto foi aprovado, entretanto, não foi posto em prática por questões financeiras do MPSC.

✓ Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA

Tem por objetivo eliminar, minimizar e/ou controlar a exposição de membros e servidores aos riscos ambientais ocupacionais. A NR 9 estabelece as diretrizes gerais e os parâmetros mínimos a serem observados na execução do programa (MIRANDA; DIAS, 2004). Além de ter validade de 1 (um) ano, de

acordo com Waldhelm Neto (2012, s.p. apud SILVEIRA, 2014, p. 36):

A estrutura do programa deverá considerar as seguintes etapas: antecipação e reconhecimento dos riscos; estabelecimento de prioridades e metas de avaliação e controle; avaliação dos riscos e da exposição dos trabalhadores; implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia; monitoramento da exposição aos riscos; registro e divulgação dos dados.

São considerados riscos ambientais:

Quadro 2: Riscos Ambientais segundo NR9

Riscos Ambientais		
Riscos Físicos	Riscos Químicos	Riscos Biológicos
Ruído Vibrações Radiações ionizantes Radiações não ionizantes Frio Calor Pressões anormais Umidade	Poeira Fumos Névoas Neblinas Gases Vapores Substâncias, compostos ou produtos químicos em geral.	Vírus Bactérias Protozoários Fungos Parasitas Bacilos

Fonte: Ministério Público de Santa Catarina, 2017.

Após a avaliação é realizado relatório que será analisado pela equipe e vinculado aos Projetos de Saúde Ocupacional.

No período estudado foram visitadas as 18 edificações da Grande Florianópolis, sendo avaliados aproximadamente 446 postos de trabalhos. Não foram identificados riscos ambientais nos locais. (MP de SANTA CATARINA, 2017).

Análise Documental Preventiva: busca-se por meio deste projeto, manter a integridade física dos terceirizados prevenindo acidentes de trabalho através da análise e acompanhamento do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais da empresa contratada.

✓ Projetos de Saúde Ocupacional:

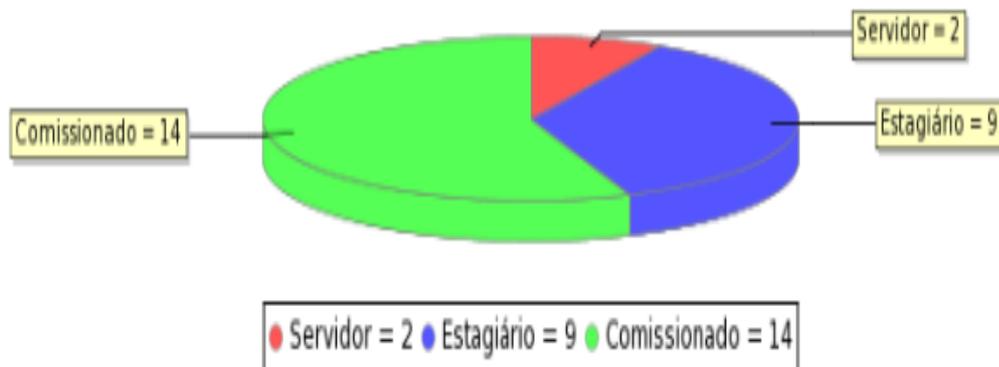
Projeto de Saúde Ocupacional – PSO: Baseado na NR 7, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e vinculado ao PPRA, trata-se de um projeto para acompanhar a Saúde Ocupacional dos Membros e Servidores. Segundo o Art. 5º do Ato N. 173/2016/PGJ as ações do PSO abrangerão os seguintes aspectos:

I - acompanhamento da Saúde Ocupacional dos membros e dos servidores na vida laboral plena; II - antecipação, identificação, mensuração, análise,

mapeamento, controle, redução e eliminação de riscos ocupacionais; III - prestação de informações que esclareçam os riscos existentes no ambiente de trabalho, suas consequências desfavoráveis à saúde e as respectivas medidas de prevenção e controle; e IV - monitoramento dos indicadores de segurança no trabalho e de saúde dos membros e servidores.

O PSO dos membros e dos servidores deve abranger e ocupar-se da realização dos seguintes exames de saúde: admissional⁴⁶; periódico⁴⁷; de retorno ao trabalho⁴⁸; e de mudança de função/lotação⁴⁹. (MP de SANTA CATARINA, 2016). Foram realizados 25 exames admissionais, 293 exames periódicos, 30 exames de retorno ao trabalho e 2 exames de mudança de função.

Gráfico 2 – Quantidade de exames de saúde: Admissional – 2015/207



Fonte: Ministério Público de Santa Catarina, 2017.

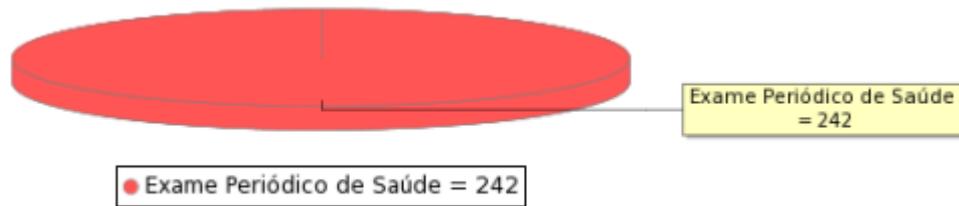
⁴⁶De caráter obrigatório, vinculado ao ato de posse em cargo público efetivo, conforme previsto e regulamentado nos editais dos concursos públicos, com realização a cargo da Gerência de Perícias Médicas da Secretária do Estado de Administração. Na hipótese de posse em cargo público comissionado do Ministério Público de Santa Catarina, será realizado por Médico do Trabalho ou Serviço Médico Especializado em Medicina do Trabalho credenciado ou diretamente na GESAU/CORH;

⁴⁷Realizado a convite da GESAU/CORH, de periodicidade bianual para a faixa etária de até 45 anos e anual para maiores de 45 anos ou em intervalos menores, a critério do Médico Coordenador do Programa. São convidados ainda, a partir da análise do PPRA e dos atestados médicos.

⁴⁸Obrigatório, realizado na GESAU/CORH ou em clínica médica credenciada, no primeiro dia útil de retorno às atividades, depois de afastamento superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou de acidente, de natureza ocupacional ou não, e de parto (após a liberação pela GEPEM ou INSS);

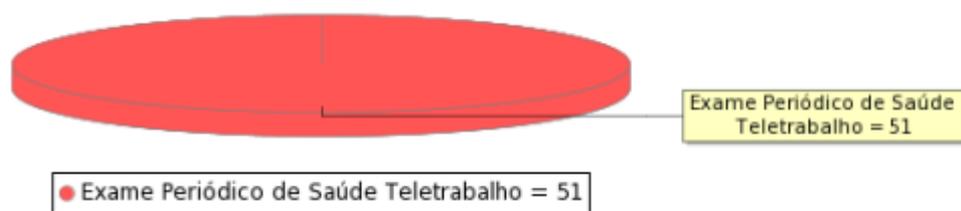
⁴⁹Obrigatório quando, para os servidores efetivos, a mudança de atribuições, ambiente ou local de trabalho importar em significativa alteração do horário, ritmo ou forma de trabalho, realizado na GESAU/CORH ou em clínica médica credenciada, após comunicado da CORH à GESAU, antes da mudança nos casos de readaptação, relotação ou remoção.

Gráfico 3 – Quantidade de exames de saúde: Periódico – 2015/207



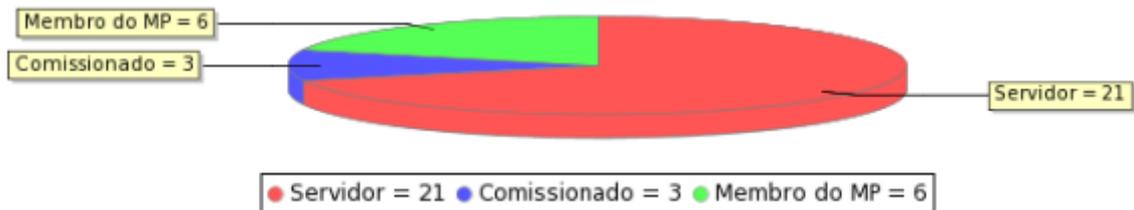
Fonte: Ministério Público de Santa Catarina, 2017.

Gráfico 4 – Quantidade de exames de saúde: Periódico Teletrabalho– 2015/207



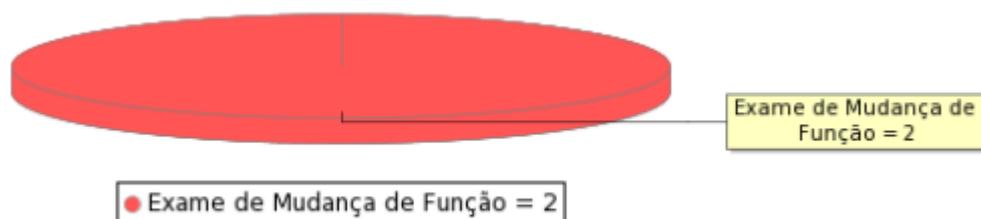
Fonte: Ministério Público de Santa Catarina, 2017.

Gráfico 5: Quantidade de exames de saúde: Retorno ao Trabalho – 2015/207



Fonte: Ministério Público de Santa Catarina, 2017.

Gráfico 6: Quantidade de exames de saúde: Mudança de Função – 2015/207



Fonte: Ministério Público de Santa Catarina, 2017.

Projeto Ergonômico: identifica, quantifica e propõe medidas de controle dos riscos ergonômicos nos postos de trabalho; Busca prevenir e controlar as doenças relacionadas com os riscos ergonômicos, abordar os problemas ergonômicos numa fase precoce e orientar os membros e servidores sobre medidas de prevenção. Aponta as adequações necessárias ao mobiliário, proporcionando aos Membros e Servidores um ambiente de trabalho propício para a realização das suas atividades; Promove orientações de correção postural pertinentes a cada posto de trabalho; Quantifica os Membros e servidores que já apresentam algum indício de fadiga musculoesquelética; Constata a eficácia das adequações sugeridas pelo projeto ergonômico; Monitora e controla o afastamento de ordem patológica musculoesquelética dos Membros e Servidores.

Realizaram-se aproximadamente 304 Análises Ergonômicas do Trabalho, 43 aulas de Ginástica Laboral que contou com cerca de 400 participantes, e 147 atendimentos (MP de SANTA CATARINA, 2017-S). Também foram identificados nos postos de trabalho da capital, riscos ergonômicos sobre iluminação. A iluminação adequada em cada posto de trabalho deve ser de 500 LUX. Alguns postos de trabalho do MPSC foram avaliados abaixo do adequado. A avaliação ergonômica do trabalhado baseia-se na NR 17.

Apoio e acompanhamento psicológico para novos Promotores de Justiça: Realiza-se o acompanhamento e busca-se prover apoio psicológico aos novos Promotores de Justiça no momento de seu ingresso e adaptação à carreira do Ministério Público, visando seu desenvolvimento pessoal e profissional e a prevenção de transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Acompanhamento de afastados: Objetiva realizar o acompanhamento psicológico dos Membros e Servidores efetivos afastados por período igual ou superior a 30 dias, em Licença para Tratamento de Saúde, Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família ou Licença Maternidade. Por meio: da prestação de suporte psicológico durante o período de afastamento; do favorecimento da percepção de suporte organizacional; da verificação da existência de relação entre o afastamento para tratamento de saúde e o ambiente de trabalho/atividade laboral desenvolvida; da avaliação das repercussões psicológicas da doença e do afastamento, para encaminhamento ao adequado tratamento; da estimulação do autocuidado e a manutenção do tratamento pelos profissionais adequados; da

utilização de informações relevantes decorrentes do Acompanhamento Psicológico para elaborar estratégias de melhoria das condições de saúde no MPSC.

Exercícios Preventivos contra lesões ocupacionais: A ação pretende estender a todos os Colaboradores com acesso à *Intranet*, através de vídeo-aulas a serem disponibilizadas, orientações de exercícios preventivos contra lesões ocupacionais.

✓ Projeto Representantes de Saúde e Segurança do Trabalho – RSST:

O objetivo desse projeto é prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho em todas as unidades do MPSC, através da constituição e capacitação dos Representantes de Saúde e Segurança do Trabalho – RSST. Considerando que a distância entre a GESAU e as demais Unidades do MPSC acaba por inviabilizar o conhecimento da real situação dos ambientes de trabalho e as possíveis propostas de medidas preventivas, corretivas ou de promoção à saúde, foi proposto a instituição de Representantes de Saúde e Segurança do Trabalho, que auxiliarão a GESAU na identificação de necessidades dos locais representados.

Cabe aos Representantes de Saúde e Segurança do Trabalho disseminar nova cultura organizacional voltada à promoção da saúde e qualidade de vida; colaborar na sensibilização dos seus colegas de trabalho quanto à promoção da saúde; colaborar na criação do canal de comunicação entre a GESAU e demais Comarcas nas ações de saúde; comunicar ao Coordenador Administrativo ou chefia imediata, situações de saúde e segurança do trabalho que necessitem a intervenção da GESAU. Os Coordenadores Administrativos de cada unidade do MPSC indicarão o seu Representante, por edificação, levando em consideração o interesse pessoal do mesmo.

O período de desenvolvimento deste projeto se deu entre 2016-2017, contabilizando 105 visitas às comarcas e aos 7 Grupos de Atuação Especial de Combate ao Crime Organizado (GAECO)⁵⁰, abrangendo 941 trabalhadores (MP de SANTA CATARINA, 2017-S).

A análise do Programa de Qualidade de Vida e Saúde Ocupacional do MPSC que se pretende realizar, parte das premissas já supracitadas neste trabalho, em que os aspectos contraditórios da realidade não devem ser obscurecidos, mas sim desmascarados para que possam ser enfrentados. É um desafio para a gestão,

⁵⁰É composto por membros do Ministério Público, Polícia Civil e Militar e Secretaria do Estado da Fazenda (MP de SANTA CATARINA, 2017).

realizar por meio de suas atribuições e competências profissionais, a reflexão e compreensão deste processo para atuar em defesa dos interesses dos trabalhadores, colaborando para uma nova cultura institucional (CARNEIRO, 2007).

Nesse sentido, é primordial que as ações não se tornem paliativas, buscando adequar o trabalhador ao ambiente de trabalho sem modificar o contexto de produção de bens e serviços. Atividades realizadas de maneira compensatória tendem a colocar sobre o trabalhador a responsabilidade por sua qualidade de vida. Ao se utilizar do Programa de Qualidade de Vida e Saúde Ocupacional visando apenas à produtividade, dificilmente consegue-se adesão duradoura por parte dos trabalhadores e não propicia o alcance dos objetivos a que se propõe (FERREIRA; FERREIRA; et al, 2009).

A prevenção das doenças e a promoção da saúde precisam ser realizadas na busca pela eliminação dos problemas geradores de mal estar. Sendo assim, é imprescindível atuar sobre as condições de trabalho, sobre sua organização e sobre as relações socioprofissionais (FERREIRA; FERREIRA; et al, 2009).

A partir dos dados elencados, é possível visualizar que o MPSC está buscando responder as demandas dos trabalhadores, indo além de uma perspectiva biologicista, de controle da força de trabalho e pontual (realizadas no PSO), por meio das ações de promoção à saúde e prevenção aos adoecimentos (demais projetos). Porém, não é possível dizer que os agentes causadores das doenças na instituição foram eliminados, e também que houve mudanças no processo de trabalho.

Ainda assim, já se constata a relevância do Programa de Qualidade de Vida e Saúde Ocupacional do MPSC como instrumento que pode ser utilizado para a mudança da cultura institucional, para o reconhecimento da importância saúde do trabalhador, e para práticas coletivas. Entretanto, percebe-se a extrema necessidade dos programas e projetos serem desenvolvidos nas comarcas do interior, levando a constatar a emergência da ampliação da equipe da GESAU. É no interior do estado que as condições de trabalho são mais precarizadas.

Ressalva-se aqui a importância da participação efetiva dos trabalhadores para que os serviços possam de fato produzir efeito na realidade dos mesmos. Participação no sentido de uma práxis realizadora, de uma atividade livre e criativa por meio da qual seja possível caminhar em busca de autonomia e emancipação (PRAZERES, 2011).

Chama a atenção que a pouca participação dos trabalhadores, não se deve somente à gestão, mas também da própria mobilização dos servidores. Possivelmente isso se deve a própria cultura institucional e a limitação de alguns gestores de cumprir apenas as determinações previamente estabelecidas, assim como a baixa influência sindical na instituição (PRAZERES, 2011).

O papel dos gestores se faz primordial, no sentido de serem facilitadores frente à direção que se pretende dar ao Programa. Já os trabalhadores devem ser os protagonistas das ações, e sua participação se faz essencial desde o planejamento até a avaliação das ações (FERREIRA; FERREIRA, et al 2009). Estar atento à percepção pessoal de quem se pretende atingir é primordial, pois a qualidade de vida perpassa as representações mentais dos trabalhadores referentes a determinados momentos e contextos (ANDRADE; VEIGA, 2012).

Assim, cabe conhecer os fatores históricos, socioculturais, psíquicos, ambientais, entre outros, para fazer do trabalho um espaço de construção de identidade e de promoção de saúde (DEJOURS, 1994). Entretanto, não se pode perder de vista que esse processo se dá a nível institucional, não possuindo resultados sobre a organização social do trabalho, abarcada em sua totalidade. Na vigência do modo de produção capitalista não é possível indissociar trabalho e adoecimento.

Outro ponto essencial que não foi passível de verificação é a avaliação dos programas e projetos. Sem a avaliação o Programa de Qualidade de Vida e Saúde Ocupacional do MPSC, em vez de ser instrumento para a mudança da cultura institucional, acaba por permitir a manutenção da mesma. A avaliação faz parte do processo de construção da cidadania. Deve ser compreendido como processo e resultado de relações complexas e contraditórias, de certo período histórico e superar enfoques restritos ou unilaterais, para explicar a emergência, função ou implicação do Programa. É necessário analisar o Programa em sua totalidade:

a partir da incorporação analítica dos principais aspectos que o constituem [...] revelar o caráter contraditório existente entre as determinações legais e [sua] operacionalização; articular os determinantes estruturais que [o conformam], quanto as forças sociais e políticas que agem na sua formulação e execução. É possível sinalizar alguns aspectos que constituem elementos empíricos de análise para delineamento do quadro institucional que conforma a política ou programa social avaliado: 1) os direitos e benefícios estabelecidos e assegurados; 2) o financiamento (fontes, montantes e gastos); 3) gestão (forma de organização) e controle social democrático (participação da sociedade civil). Cada um desses

aspectos pode ser desdobrado em inúmeros fatores e indicadores, de acordo com os objetivos da avaliação (BOSCHETTI, 2009, p. 10-11).

De acordo com Ferreira; Alves (et al, 2009, p. 326), a implantação de um programa de QVT não deve ser uma ação isolada e "circunscrita a uma fração do organograma da organização". A transversalidade dentro da estrutura organizacional é o fio condutor para efetivar o compromisso de todos, a cooperação interdisciplinar e, sobretudo, parcerias intersetoriais e sindicais, estes últimos, peças fundamenatis na luta pela saúde do trabalhador.

As ações no MPSC representam um avanço, pois é o primeiro MP estadual no Brasil a implantar uma Gerência de Atenção à Saúde e um Programa de Qualidade de Vida e Saúde Ocupacional. Ao criar esse espaço de atenção à saúde é possível repensar a cultura institucional e abrir um caminho para a construção de uma contra hegemonia na organização. Assim, é possível afirmar uma nova direção na busca pela superação de relações sociais que adoecem e subalternizam, e garantir o acesso à saúde, como direito, na busca por sua universalidade, integralidade e com participação social.

CONCLUSÃO

Como vimos, a saúde é produto da relação entre o homem e a sociedade. O homem enquanto ser biopsicossocial responde aos acontecimentos em sua vida de forma a permitir a sua sobrevivência, sua adaptação no mundo (TAVARES, 2003). Segundo Laurell e Noriega (1989), essa adaptação não é baseada na concepção fisiológica, em que o organismo volta ao seu estado normal após adaptar-se, mas traz consequências variadas para a totalidade da vida humana, por meio de mudanças biológicas e psíquicas. Este processo de adaptação gera padrões de desgaste determinados pelas condições de vida. Percebe-se, com isso, a saúde enquanto "processo dinâmico de interação circunstancial entre aspectos biológicos, psíquicos, sociais e culturais" e não como um estado fixo (DEJOURS 1986 apud TAVARES, 2003, p. 14).

O estágio social do modo de produção capitalista influi de maneira devastadora sobre o trabalho e este sobre as formas de adoecimento humano. Como aponta Marx (2013, p. 338 apud Hillesheim, 2015, p. 116-117):

a produção capitalista [...] produz o esgotamento e a morte prematuros da própria força de trabalho. Ela prolonga o tempo de produção do trabalhador durante certo período mediante o encurtamento de seu tempo de vida'. O capitalista não se constringe em dispor da força de trabalho o maior tempo diário possível, sendo-lhe indiferente [...] quão insalubre, compulsório e doloroso [...] possa ser [...] o trabalho. Nesse sentido, o capitalista, afirma Marx (2013, p. 342), não tem [...] a mínima consideração pela saúde e duração da vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração'. Não há, aqui, qualquer juízo moralista a esse respeito, pois 'de modo geral, [...] isso tampouco depende da boa ou má vontade do capitalista individual. A livre-concorrência impõe ao capitalista individual, como leis eternas inexoráveis, as leis imanentes da produção capitalista'.

A desregulamentação e a precarização das relações de trabalho, bem como os "novos" modelos de gestão trazidos pela reestruturação produtiva e pelo neoliberalismo, estão agravando as condições de vida e saúde dos trabalhadores. A competitividade acirrada por um posto de trabalho interfere na constituição de uma consciência de classe. Diante disso, a polivalência e a submissão impostas originam mudanças no perfil patológico dos trabalhadores (LARA, 2011). O padrão de desgaste comum a determinados trabalhadores revela sua articulação com a base técnica, a organização e a divisão social do trabalho, revelando para o capital, problemas na produtividade e para os trabalhadores problemas de vida ou morte.

Surgem novas doenças como as LER/DORT, e aumentam os índices de adoecimentos psíquicos. As pressões originadas no trabalho, bem como os novos

processos de trabalho relacionados ao avanço da tecnologia, somam-se ao medo do desemprego constante, aos problemas relacionados às questões salariais, a retirada de direitos, etc., fazendo com que o trabalhador se sujeite as mais diversas situações (ANTUNES, 2010).

Em prol da produtividade e lucratividade do capital, o Estado legitima esse processo por meio das legislações e garante assim a manutenção da ordem vigente. Por meio desse pacto social implementa-se o modelo de Saúde Ocupacional e não são discutidos e alterados dentro das organizações, os processos de trabalho que causam adoecimento (NARDI, 1997).

Na esfera pública, a área de Recursos Humanos fica encarregada de gerir esse modelo de atenção à saúde, visando à humanização do ambiente de trabalho e o cumprimento das normas exigidas. O Ministério Público, instituição pública e autônoma, adere à Saúde Ocupacional como modelo de atenção aos trabalhadores, porém, mesmo que nesses padrões, pode ser visto como avanço, sendo que é o primeiro no Brasil a implantar uma Gerência de Atenção à Saúde e um Programa de Qualidade de Vida e Saúde Ocupacional.

Dentro das ações, são desenvolvidos projetos que pensam a prevenção da doença e a promoção da saúde, foco que deve ser priorizado na atenção à saúde dos trabalhadores.

Sem esquecer que as políticas são contraditórias, deve-se pensar a correlação de força dentro da instituição, a fim de melhorar efetivamente a qualidade de vida de seus trabalhadores. Pelo próprio objetivo fim da instituição, de fiscalização e garantia de direitos, é inadmissível que este processo seja pensado em prol apenas da produtividade.

O Programa de Qualidade de Vida e Saúde Ocupacional do MPSC pode ser instrumento utilizado para a mudança dessa cultura institucional, como também permitir a manutenção da mesma. Em seu discurso é expressa tal contradição, porém com a maior participação dos trabalhadores é possível fazer da GESAU, espaço de contra hegemonia para concretizar melhorias na saúde e na qualidade de vida dos mesmos, por meio do exercício da cidadania.

REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, P. A. T. **Sentidos do trabalho para concurseiros**: a busca do emprego estável como estratégia de inserção no mundo do trabalho contemporâneo. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- ALVES, R. Prefácio: O adoecimento do trabalho como falha metabólica do capital. In: LOURENÇO, E.; NAVARRO, V.L. (Orgs.). **Avesso do trabalho III**: saúde do trabalhador e questões contemporâneas. São Paulo: Outras Expressões, 2013.
- ANDRADE, P. P.; VEIGA, H. M. S. Avaliação dos trabalhadores acerca de um programa de qualidade de vida no trabalho: validação de escala e análise qualitativa. **Psicol. cienc. prof.** 2012, 32(2):304-319. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000200004>. Acesso em: jun 2017.
- ANTUNES, R. A corrosão do trabalho e a precarização estrutural. In: LOURENÇO, Edvânia; NAVARRO, V.L. (Orgs.). **Avesso do trabalho III**: saúde do trabalhador e questões contemporâneas. São Paulo: Outras Expressões, 2013.
- ANTUNES, R. SILVA, M. A. M. **O avesso do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. 2 ed. 336 p.
- AROUCA, S. **Reforma sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- AVILA, L. N. Reificação na sociedade capitalista contemporânea: a negação do ser social ético emancipado. In: **III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**, 2013, Belo Horizonte. CRESS 6ª Região. Disponível em: <<http://www.cress-mg.org.br/hotsite/1/paginas/home.php?pg=5>>. Acesso em: 23 mai. 2017.
- BABILÔNIA, L. “Terceiro Setor” e publicização: nova dinâmica de formulação e implementação de políticas públicas em Uberlândia MG. In: **III Seminário do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar**: novos olhares, novas perspectivas. 2012, São Carlos/SP.
- BARBOSA, M. S. A. ; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F. A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT). **Rev. Bras. Enferm.** 2007 set out; 60(5):491-6.
- BATISTA, P. N. O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos. In: BARBOSA, L. S.; et al. **Em Defesa do Interesse Nacional**: Desinformação e Alienação do Patrimônio Público. São Paulo: Paz e Terra, 1994.
- BEHRING, E. R. **Brasil em Contra Reforma**: Desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.
- BERGUE, S. T. **Gestão de Pessoas em Organizações Públicas**: uma abordagem orientada para a Administração Pública Municipal. Caxias do Sul: Ed Educ, 2005.

BISNETO, José Augusto. A Análise Institucional. In: **Serviço Social e Saúde Mental**: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2011, p. 64-116.

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. CFESS, ABEPSS. **Serviço Social**: Direitos Sociais e competências Profissionais. Brasília CFESS/ABEPSS, 2009.

BRAGA, R. **A restauração do capital**: um estudo sobre a crise contemporânea. SP, Xamã, 1997

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: jun 2017-A.

_____. **Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978**. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. Disponível em:<<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/839945.pdf>>. Acesso em: jun 2017-B.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Edições Câmara, 2015-C.

_____. **Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. [Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Luiz Roberto Curia, Lívia Céspedes e Juliana Nicoletti]. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2013-D.

_____. **Ministério da Previdência Social**. Fator Acidentário de Prevenção. 2015. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia/saude-e-seguranca-do-trabalhador/politicas-de-prevencao/fator-acidentario-de-prevencao-fap/>>. Acesso em jun 2017-E.

_____. **Decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999**. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em: jun 2017-I.

_____. **Ministério da Saúde**. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; org. DIAS, El. C.; col. ALMEIDA I. M.. et al. Brasília, 2001-J.

_____. **Lei n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8745compilada.htm>. Acesso em: 29 jun 2017-K.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política Social e Democracia**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

BRITO, J. & D'ACRI, V., 1991. Referencial de análise para estudo da relação mulher, trabalho e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 7: 201-214.

BUSS, P. M.; FILHO A. P. **A saúde e seus determinantes sociais**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CARDOSO, D. C. **A atuação do assistente social na gestão municipal da política pública de assistência social: desafios e possibilidades**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Centro Sócioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

CARNEIRO, R. M. S. Qualidade de vida x cidadania: atuais estratégias de persuasão do trabalho. In: **III Jornada Internacional de Políticas Públicas, Questão Social e Desenvolvimento no Século XXI**. Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão. 2007.

CARNEIRO, S. A. M. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas – a experiência na Prefeitura de São Paulo. **Revista do Servidor Público**. Brasília, 57(1):23-49 jan./mar. 2006.

CEOLIN, G. F. Crise do capital, precarização e impactos no Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, 118:239-264, abr./jun. 2014.

CHIAVENATO, I. Higiene, segurança e qualidade de vida. In: CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1999, p.374-398.

CODO, W. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In: JACQUES, M. das G.; CODO, W. **Saúde mental e trabalho: leituras**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

COSTA, M. B. C. Empregado Público tem direito a estabilidade diferenciada. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV(96): jan. 2012. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11060>. Acesso em jun. 2017.

COUTINHO, A. L. C. Servidor público: reforma administrativa, estabilidade, emprego público, direito adquirido. Curitiba: Juruá. Resenha de: COSTA, A. P. C. de A. **Servidor público: reforma administrativa, estabilidade, emprego público, direito adquirido**. *Prima Facie*, 3(4): 172-173, 2003.

CUNHA, J. C. C. B. **Adoecimento e afastamento do trabalho de servidores públicos estaduais de Santa Catarina**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2007.

DAGNINO, E. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, D. (org.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: FACES-Universidad Central de Venezuela, 2004.

DALLARI, A. A. **O que é funcionário público?** São Paulo: Brasiliense, 1989.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **A saúde do trabalhador no processo de negociação coletiva no Brasil. Estudos e Pesquisas**, Nº 76 - maio de 2015.

DIAS, E. C. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil. Realidade, Fantasia ou Utopia?** 1994. 335 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

DJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Global, 1985. (Coleção Bases, 47).

FACCHINI, L. A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA; L. E.; RIGOTTO, R. M. (Org.). **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993a.

_____. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA; L. E.; RIGOTTO, R. M. (Org.). **Isto é trabalho de gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993b.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: CFESS; ABEPSSCEAD/NED-UNB. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**: política social. Módulo 3. Brasília: CEAD, 2000.

FAORO, R. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. 16. ed. São Paulo: Globo, 2001. v.1 e 2.

_____. **O trabalho da política**: saúde e segurança dos trabalhadores. São Paulo: Cortez, 1992.

FERREIRA, M. C.; ALVES, L.; TOSTES, N. Gestão de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) no serviço público federal: o descompasso entre problemas e práticas gerenciais. **Psic.: Teor. e Pesq.** 2009, 25(3):319-327. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722009000300005&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: jun. 2017.

FERREIRA, R.R.; FERREIRA, M.C.; ANTLOGA, C.S.& BERGAMASCHI, V. Concepção e implantação de um programa de qualidade de vida no trabalho no setor público: O papel estratégico dos gestores. **Rev. de Adm**, (44)2:147- 157, 2009.

FIGUEIREDO, R. K.; CAMARGOS, M. C. S. Acidentes de trabalho em servidores públicos: uma análise do processo de notificação pela Administração Pública de Minas Gerais. In: **XXXVII Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro, 2013.

FILHO, R. S. **Estado, burocracia e patrimonialismo no desenvolvimento da administração pública brasileira**. Tese (Doutorado), UFRJ. Rio de Janeiro: 2006.

_____. **Gestão Pública & democracia**: a burocracia em questão. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

FREIRE, P. A. Assédio Moral e Saúde Mental do Trabalhador. **Trab. educ. saúde**, 2008, 6(2):367-380. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000200009>. Acesso em: jun. 2017.

FREITAS, M. **Gestão de saúde e segurança do trabalho**: o caso dos trabalhadores da mineração de ferro. Dissertação (Mestrado em Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente), Centro Universitário Senac, São Paulo, 2008.

GALON, T.; MARZIALE, M. H. P.; SOUZA, W. L. A legislação brasileira e as recomendações internacionais sobre a exposição ocupacional aos agentes. **Rev. bras. enferm**, 64(1):160-167, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

HARVEY, D. **A Condição Pós-Moderna**: Uma Pesquisa sobre as origens da Mudança Cultural. SP: Ed. Loyola, 2001.

HILLESHEIM, J. **Conciliação trabalhista**: ofensiva sobre os direitos dos trabalhadores na periferia do capitalismo. Tese (Doutorado em Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Florianópolis, 2015.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2015.

JUNIOR, A. T. Emergências teóricas do movimento despercebido/negado da plasticidade do trabalho. In: LOURENÇO, E.; NAVARRO, V.L. (Orgs.). **Avesso do trabalho III**: saúde do trabalhador e questões contemporâneas. São Paulo: Outras Expressões, 2013, p. 29-60.

JUSTEN FILHO, M. **Curso de Direito Administrativo**. São Paulo: Saraiva, 2005.

LACAZ, F. A. C. **Saúde do trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. 414 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

_____. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**. 2007, 23(4): 757-766.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **R. Katál.**, Florianópolis, 14(1): 78-85, jan./jun. 2011.

LAURELL A.C.; NOGUEIRA M. **Processo de produção e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LESSA, S. TONET, I. **Introdução à filosofia de Marx**. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

LOURENÇO, E. A. S. **Na trilha da saúde do trabalhador**: a experiência de Franca/SP. Tese (Doutorado em Serviço Social), Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho, Faculdade de História, Direito e Serviço Social. Franca, 2009.

LUKÁCS, G. **História e consciência de classe**: estudos sobre a dialética marxista. Tradução de Rodnei Nascimento. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

MANFRINI, D. B. **A Intervenção Profissional do Serviço Social no Ministério Público de Santa Catarina e as Questões de Gênero**. 2007. 142 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

MANSANERA, A. R.; SILVA, L. C. A influência das idéias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. **Psicol. estud.**, 5(1):115-137, mar. 2000.

MARCH, C. A contra-reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos. **Rev. Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, 5(1):175-186, 2011.

MARX, Karl. **A Questão Judaica**. São Paulo: Editora Moraes, 1991.

_____. **O capital**: Crítica da Economia Política. Vol I. Tomo 1. Rio de Janeiro: Círculo do Livro. Nova Cultural. 1996.

MEIRELLES, H.L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 21.ed. São Paulo: Malheiros Editores, 1996.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho a saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 25(15):341-349, out. 1991.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 5(1): 7, 2000.
MINAYO-GOMES, C. THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):21-32, 1997.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. **O MPSC**: Fundos do Ministério Público. Disponível em: <<https://www.mp.sc.br/o-ministerio-publico/fundos-do-ministerio-publico>>. Acesso em: jun. 2017-L.

_____. **O MPSC**: Entenda o Ministério Público. Disponível em: <<https://www.mp.sc.br/o-ministerio-publico/entenda-o-ministerio>>. Acesso em: jun. 2017-M.

_____. **O MPSC**: Promotorias de Justiça. Disponível em: <<https://www.mp.sc.br/o-ministerio-publico/promotorias-de-justica>>. Acesso em: jun. 2017-N.

_____. **O MPSC**: Procuradorias de Justiça. Disponível em: <<https://www.mp.sc.br/o-ministerio-publico/procuradorias-de-justica>>. Acesso em: jun. 2017-O.

_____. **O MPSC**: Áreas Administrativas. Disponível em: <<https://www.mp.sc.br/o-ministerio-publico>> Acesso em: jun. 2017-P.

_____. **O MPSC**. Disponível em: <<https://www.mp.sc.br/o-ministerio-publico>> Acesso em: jun. 2017-Q.

_____. **Planejamento estratégico MPSC 2012-2022**: construindo nosso futuro. Florianópolis: Procuradoria-Geral de Justiça, 2012-R.

_____. **Programa de Qualidade de Vida e Saúde Ocupacional do MPSC**. Florianópolis, 2016-S.

_____. **Portal da Transparência**. Disponível em: <<https://transparencia.mp.sc.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=portal%20transparencia%5Cportal%20transp%20mpsc.qvw&host=QVS%40qvias&anonymous=true>>. Acesso em: jun. 2017-T.

MIRANDA, C. R.; DIAS, C. R. PPRA / PCMSO: auditoria, inspeção do trabalho e controle social. **Rev. bras. saúde ocup.**, 28(105-106):09-19, 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572003000100002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: jun 2017.

MOTA, A. E.; AMARAL, A. S. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e serviço social. In: MOTA, A. E. (org.). **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

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

NARDI, H.C. **Medicina do Trabalho e saúde do trabalhador**: conflito capital/trabalho e a relação médico-paciente. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Porto Alegre: 1996.

NETTO, J. P. **Capitalismo e reificação**. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1981.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política: Uma introdução Crítica**. São Paulo: Cortez, 2008.

NEVES, J. M. de A. **A face oculta da organização: a microfísica do poder na gestão do trabalho**. Porto Alegre: Sulina, 2005.

NOGUEIRA, R. P. **Novas tendências internacionais da força de trabalho no setor público: o Brasil comparado com outros países**. Observatório de Recursos Humanos em Saúde (NESP/CEAM/UnB), 2005. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/nesc>>. Acesso em: jun. 2017.

NUNES, A. V. L.; LINS, S. L. B. Servidores públicos federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. **Revista Psicologia e Organização de Trabalho**, 9(1):51-67, 2009.

NUNES, A. V. L.; LINS, S. L. B. Servidores públicos federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, 9(1):51-67, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572009000100004>. Acesso em: jun. 2017.

ODDONE, Ivar; MARRI, G.; GLORIA, S.; BRIANTE, G. CHIATTELLA, M. & RE, A. **Ambiente de Trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1986.

OLIVEIRA, P.R.A. **Uma sistematização sobre a saúde do trabalhador: do exótico ao esotérico**. São Paulo: LTr, 2011.

OMS . GRUPO WHOQOL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)** 1998. FAMED – Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul/Hcpa. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>> Acesso em: mar. 2017.

PAULA, A. P. P. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PEREIRA, E. F. **Sentidos do trabalho para servidores Públicos Federais afastados do ambiente laboral por estresse**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação de Psicologia. Florianópolis, 2014.

PEREIRA, P. A. P. Política Social do Segundo Pós Guerra: Ascensão e Declínio. **Rev. Serviço Social e Saúde**. UNICAMP, Campinas, IX(10), dez. 2010.

PRAZERES, R. M. **Contradições e desafios éticos para o exercício profissional do assistente social na atual política de atenção à saúde do servidor público federal**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Federal de Santa

Catarina, Centro Socioeconômico, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Florianópolis, 2011.

SANTA CATARINA. **Lei n. 6.745, de 28 de dezembro de 1985**. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado. Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/1985/006745-011-0-1985-000.htm>>. Acesso em: jun 2017-F.

_____. **Secretaria de Estado da Administração Pública**: Diretoria de Saúde do Servidor. Disponível em: <<http://www.portaldoservidor.sc.gov.br/conteudo/diretoria-de-saude-do-servidor-dsas>>. Acesso em: jun 2017-G.

_____. **Lei Complementar n. 381, de 07 de maio de 2007**. Dispõe sobre o modelo de gestão e a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual. Disponível em: <http://file//200.192.66.20/Legislacao/2010/504_2010_Lei_complementar.doc>. Acesso em: jun. 2017-H.

_____. **Lei Complementar n. 534, de 20 de abril de 2011**. Altera dispositivos da Lei Complementar n. 381, de 2007, que dispõe sobre o modelo de gestão e a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual e estabelece outras providências. Disponível em: <http://legislacao.sef.sc.gov.br/legtrib_internet/html/leis/2011/lc_11_534.htm>. Acesso em: jun 2017.

SANTOS M. J. **Aspectos da desconstrução da reforma democrática do Estado**: perspectiva gerencial e precarização do trabalho. Dissertação (Mestrado em Política Social), Universidade de Brasília. Brasília, 2006.

SANTOS, J. D. G.; FERNANDES, G. Assédio Moral, Não Pratique, Não Sofra, Denuncie. **Cadernos Carlos Taylor**: Série Políticas Transversais – Cartilha. CSPB, Brasília, 2010.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Rev. Adm. Pub.** Rio de Janeiro, 43(2):347-69, mar./abr. 2009.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo, Cortez, 2012.

SERAFIM, A. C. Desafios na gestão de políticas públicas de saúde ocupacional: elaboração e implantação do Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público de Santa Catarina. In: **II Congresso Consad de Gestão Pública**. Brasília, 2009.

SILVA, M. L. L. **Previdência Social**: um direito conquistado. Resgate histórico, quadro atual e propostas de mudança. Maranhão: Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência, 1995.

SILVEIRA, A. G. **A relevância da implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA e do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO no Ministério Público de Santa Catarina como ações de qualidade de vida**. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Gerencial de Gestores Públicos, Fundação Escola de Governo ENA-SC, Ministério Público de Santa Catarina, 2014.

SIMIONATTO, I. **GRAMSCI**: Sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social – 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SOUZA. M.C.E.E. LIMA. A.C.M.A.; MOURÃO.A.M.A. A gestão pública da política de assistência em municípios de pequeno porte: um desafio para enfrentamento da desigualdade social. In: **III Jornada Internacional de Políticas Públicas**: Questão Social e Desenvolvimento no Século XXI. São Luís, Ag. 2007.

TAVARES, D. S. **O sofrimento no trabalho entre servidores públicos**: uma análise psicossocial do contexto de trabalho em um Tribunal Judiciário Federal. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

ANEXOS

ANEXO A

Comarcas do Ministério Público no estado de Santa Catarina e respectivos municípios de abrangência existentes até o ano de 2017

Comarca	Municípios de abrangência
Capital	Florianópolis
Abelardo Luz	Abelardo Luz, Ipuçu, Ouro Verde
Anchieta	Anchieta, Romelândia
Anita Garibaldi	Abdon Batista, Anita Garibaldi, Celso Ramos
Araquari,	Araquari, Balneário Barra do Sul
Araranguá	Araranguá, Balneário Arroio do Silva, Maracajá
Armazém	Armazém, Gravatal, São Martinho
Ascurra	Apiúna, Ascurra, Rodeio
Balneário Camboriú	Balneário Camboriú
Balneário Piçarras	Balneário Piçarras, Penha
Barra Velha	Barra Velha, São João do Itaperiú
Biguaçu	Antônio Carlos, Biguaçu, Governador Celso Ramos
Blumenau	Blumenau
Bom Retiro	Alfredo Wagner, Bom Retiro
Braço do Norte	Braço do Norte, Grão Pará, Rio Fortuna, Santa Rosa de Lima, São Ludgero
Brusque	Botuverá, Brusque, Guabiruba
Caçador	Caçador, Calmon, Macieira, Rio das Antas
Camboriú	Camboriú
Campo Belo do Sul	Campo Belo do Sul, Capão Alto, Cerro Negro
Campo Erê	Campo Erê, Saltinho, Santa Terezinha do Progresso, São Bernardino
Campos Novos	Brunópolis, Campos Novos, Vargem, Zortéa
Canoinhas	Bela Vista do Toldo, Canoinhas, Major Vieira, Três Barras
Capinzal	Capinzal, Ipira, Lacerdópolis, Ouro, Piratuba
Capivari de Baixo	Capivari de Baixo
Catanduvas	Catanduvas, Jaborá, Vargem Bonita
Chapecó	Caxambu do Sul, Chapecó, Cordilheira Alta, Guatambú, Nova Itaberaba, Planalto Alegre
Concórdia	Alto Bela Vista, Concórdia, Irani, Peritiba, Presidente Castello Branco
Coronel Freitas	Águas Frias, Coronel Freitas, Jardinópolis, União do Oeste
Correia Pinto	Correia Pinto, Ponte Alta
Criciúma	Criciúma, Nova Veneza, Siderópolis, Treviso

Cunha Porã	Cunha Porã
Curitiba	Curitiba, Frei Rogério, Ponte Alta do Norte, São Cristóvão do Sul
Descanso	Belmonte, Descanso, Santa Helena
Dionísio Cerqueira	Dionísio Cerqueira, Palma Sola
Forquilha	Forquilha
Fraiburgo	Fraiburgo, Monte Carlo
Garopaba	Garopaba, Paulo Lopes
Garuva	Garuva
Gaspar	Gaspar, Ilhota
Guaramirim	Guaramirim, Massaranduba, Schroeder
Herval D'Oeste	Erval Velho, Herval do Oeste
Ibirama	Ibirama, José Boiteux
Içara	Balneário Rincão, Içara
Imarú	Imarú
Imbituba	Imbituba
Indaial	Indaial
Ipumirim	Arabutã, Ipumirim, Lindóia do Sul
Itá	Itá, Paial
Itaiópolis	Itaiópolis
Itajaí	Itajaí
Itapema	Itapema
Itapiranga	Itapiranga, São João do Oeste, Tunápolis
Itapoá	Itapoá
Ituporanga	Atalanta, Chapadão do Lageado, Imbuia, Ituporanga, Leoberto Leal, Petrolândia, Vidal Ramos
Jaguaruna	Jaguaruna, Sangão, Treze de Maio
Jaraguá do Sul	Corupá, Jaraguá do Sul
Joaçaba	Água Doce, Ibicaré, Joaçaba, Luzerna, Treze Tílias
Joinville	Joinville
Lages	Bocaina do Sul, Lages, Painel, São José do Cerrito
Laguna	Laguna, Pescaria Brava
Lauro Muller	Lauro Muller
Lebon Régis	Lebon Régis
Mafra	Mafra
Maravilha	Flor do Sertão, Iraceminha, Maravilha, São Miguel da Boa Vista, Tigrinhos
Meleiro	Meleiro, Morro Grande
Modelo	Bom Jesus do Oeste, Modelo, Serra Alta, Sul Brasil
Mondaí	Iporã do Oeste, Mondaí, Riqueza
Navegantes	Luiz Alves, Navegantes
Orleans	Orleans
Otacílio Costa	Otacílio Costa, Palmeira

Palhoça	Palhoça
Palmitos	Caibi, Palmitos
Papanduva	Monte Castelo, Papanduva
Pinhalzinho	Nova Erechim, Pinhalzinho, Saudades
Pomerode	Pomerode
Ponte Serrada	Passos Maia, Ponte Serrada, Vargeão
Porto Belo	Bombinhas, Porto Belo
Porto União	Irineópolis, Matos Costa, Porto União
Presidente Getúlio	Dona Emma, Presidente Getúlio, Vitor Meireles, Witmarsum
Quilombo	Formosa do Sul, Irati, Quilombo, Santiago do Sul
Rio do Campo	Rio do Campo, Santa Terezinha
Rio Do Oeste	Laurentino, Rio do Oeste
Rio do Sul	Agronômica, Aurora, Lontras, Presidente Nereu, Rio do Sul
Rio Negrinho	Rio Negrinho
Santa Cecília	Santa Cecília, Timbó Grande
Santa Rosa do Sul	Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul
Santo Amaro da Imperatriz	Águas Mornas, Angelina, Anitápolis, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio
São Bento do Sul	Campo Alegre, São Bento do Sul
São Carlos	Águas de Chapecó, Cunhataí, São Carlos
São Domingos	Coronel Martins, Galvão, São Domingos
São Francisco do Sul	São Francisco do Sul
São João Batista	Major Gercino, Nova Trento, São João Batista
São Joaquim	Bom Jardim da Serra, São Joaquim, Urupema
São José	São José, São Pedro de Alcântara
São José do Cedro	Guarujá do Sul, Princesa, São José do Cedro
São Lourenço do Oeste	Jupirá, Novo Horizonte, São Lourenço do Oeste
São Miguel do Oeste	Bandeirante, Barra Bonita, Guaraciaba, Paraíso, São Miguel do Oeste
Seara	Arvoredo, Seara, Xavantina
Sombrio	Balneário Gaivota, Sombrio
Taió	Mirim Doce, Salete, Taió
Tangará	Ibiam, Pinheiro Preto, Tangará
Tijucas	Canelinha, Tijucas
Timbó	Benedito Novo, Doutor Pedrinho, Rio dos Cedros, Timbó
Trombudo Central	Agrolândia, Braço do Trombudo, Pouso Redondo, Trombudo Central
Tubarão	Pedras Grandes, Tubarão
Turvo	Ermo, Jacinto Machado, Timbé do Sul, Turvo
Urubici	Rio Rufino, Urubici
Urussanga	Cocal do Sul, Morro da Fumaça, Urussanga
Videira	Arroio Trinta, Iomerê, Salto Veloso, Videira
Xanxerê	Bom Jesus, Faxinal dos Guedes, Xanxerê

Xaxim	Entre Rios, Lajeado Grande, Marema, Xaxim
-------	---

Fonte: MP de SANTA CATARINA, 2017-Q.

ANEXO B

Cargos Vagos e Ocupados - Membros do MPSC – Junho 2017			
Cargos	Existentes	Ocupados	Vagos
	518	448	70
Procurador de Justiça	68	56	12
Promotor de Justiça	388	365	23
Promotor de Justiça Substituto *	62	27	35

Fonte: MP de SANTA CATARINA, 2017-T.

ANEXO C

Cargos Vagos e Ocupados - Servidores do MPSC – Junho 2017			
Cargo Efetivo	Existentes	Ocupados	Vagos
	655	492	163
Técnico em Editoração Gráfica	1	1	0
Analista em Design Gráfico	1	0	1
Analista em Economia	1	1	0
Analista em Engenharia de Tráfego	1	0	1
Analista em Engenharia Florestal	1	0	1
Analista em Engenharia Química	1	0	1
Motorista Oficial I	2	2	0
Técnico em Edificações	2	0	2
Analista de Dados e Pesquisas	2	1	1
Analista em Arquivologia	2	1	1
Analista em Engenharia Elétrica	2	0	2
Analista em Engenharia Mecânica	2	0	2
Analista em Geologia	2	1	1
Analista em Geoprocessamento	2	2	0
Analista em Letras	2	1	1
Analista em Pedagogia	2	1	1
Telefonista	3	3	0
Analista em Engenharia Agrônômica	4	2	2
Analista em Engenharia Sanitária	4	1	3
Analista em Psicologia	4	4	0
Analista em Administração	5	5	0

Analista em Auditoria	5	5	0
Analista em Biblioteconomia	5	4	1
Analista em Biologia	5	3	2
Analista em Arquitetura	6	4	2
Analista em Engenharia Civil	7	4	3
Técnico Contábil	9	9	0
Programador de Computador	14	14	0
Analista em Contabilidade	19	13	6
Auxiliar Técnico do MP I	21	21	0
Motorista Oficial II	28	20	8
Analista em Tecnologia da Informação	31	15	16
Analista do Ministério Público	34	31	3
Analista em Serviço Social	39	14	25
Oficial do Ministério Público	43	25	18
Auxiliar Técnico do MP II	50	50	0
Técnico em Informática	58	26	32
Técnico do Ministério Público	235	208	27

Fonte: MP de SANTA CATARINA, 2017-T.

ANEXO D

Cargos em Comissão e Funções de Confiança Ocupados e Vagos – Junho 2017					
Descrição	Existentes	Ocupados Com Vínculo Membros	Ocupados Com Vínculo Servidores	Ocupados Sem Vínculo	Vagos
	1.205	65	124	952	129
Assessor Corregedor-Geral do MP	4	4	4	0	0
Assessor da Coord. de Recursos Cível	2	2	2	0	0
Assessor da Coord. de Recursos Criminal	2	1	1	0	1
Assessor de Gabinete	26	0	12	11	3
Assessor do Procurador-Geral de Justiça	10	8	8	0	2
Assessor em Comunicação	4	0	0	3	1
Assessor Jurídico	94	0	4	77	13
Assistente de Procuradoria de Justiça	136	0	2	107	27
Assistente de Promotoria de Justiça	832	0	0	753	79
Coord. de Processos e Inform. Jurídicas	1	0	1	0	0
Coord. Serv. Adm. e de Cont. Disciplinar	1	0	1	0	0

Coordenador-Adjunto do CAT	2	2	2	0	0
Coordenador-Adjunto do CDH	2	2	2	0	0
Coordenador-Adjunto do CMA	2	1	1	0	1
Coordenador-Geral Administrativo	1	0	1	0	0
Coordenador-Geral do GAECO	1	1	1	0	0
Coordenador da Coord. de Rec. Cíveis	1	1	1	0	0
Coordenador da Coord. de Rec. Criminais	1	1	1	0	0
Coordenador de Acompanhamento Funcional	1	0	1	0	0
Coordenador de Auditoria e Controle	1	0	1	0	0
Coordenador de Comunicação Social	1	0	0	1	0
Coordenador de Engenharia e Arquitetura	1	0	1	0	0
Coordenador de Finanças e Contabilidade	1	0	1	0	0
Coordenador de Informação Social	1	0	1	0	0
Coordenador de Operações Administrativas	1	0	1	0	0
Coordenador de Pagamento de Pessoal	1	0	1	0	0
Coordenador de Planejamento	1	0	1	0	0
Coordenador de Recursos Humanos	1	0	1	0	0
Coordenador de Tecnologia da Informação	1	0	1	0	0
Coordenador do CAT	1	1	1	0	0
Coordenador do CCO	1	1	1	0	0
Coordenador do CCR	1	1	1	0	0
Coordenador do CDH	1	1	1	0	0
Coordenador do CECCON	1	1	1	0	0
Coordenador do CIJ	1	1	1	0	0
Coordenador do CMA	1	1	1	0	0
Coordenador do CME	1	1	1	0	0
Coordenador do COT	1	1	1	0	0
Coordenador do GAECO/Blumenau	1	1	1	0	0
Coordenador do GAECO/Capital - CIP	1	1	1	0	0
Coordenador do GAECO/Chapecó - CIP	1	1	1	0	0
Coordenador do GAECO/Criciúma - CIP	1	1	1	0	0
Coordenador do GAECO/Itajaí - CIP	1	1	1	0	0
Coordenador do GAECO/Joinville - CIP	1	1	1	0	0
Coordenador do GAECO/Lages - CIP	1	1	1	0	0
Corregedor-Geral do Ministério Público	1	1	1	0	0

Diretor do Centro de Est. Ap. Funcional	1	1	1	0	0
Gerente de Acomp. dos Fundos Especiais	1	0	1	0	0
Gerente de Almoxarifado	1	0	1	0	0
Gerente de Análise Contábil	1	0	1	0	0
Gerente de Análise Multidisciplinar	1	0	1	0	0
Gerente de Atenção à Saúde	1	0	1	0	0
Gerente de Biblioteca	1	0	1	0	0
Gerente de Cadastro e Inf. Funcionais	1	0	1	0	0
Gerente de Capacitação e Aperfeiçoamento	1	0	1	0	0
Gerente de Compras	1	0	1	0	0
Gerente de Contabilidade	1	0	1	0	0
Gerente de Contratos	1	0	1	0	0
Gerente de Desenvolvimento	1	0	1	0	0
Gerente de Desenvolvimento de Pessoas	1	0	1	0	0
Gerente de Estágio	1	0	1	0	0
Gerente de Finanças	1	0	1	0	0
Gerente de Informações e Projetos	1	0	1	0	0
Gerente de Legislação de Pessoal	1	0	1	0	0
Gerente de Logística	1	0	1	0	0
Gerente de Manutenção	1	0	1	0	0
Gerente de Patrimônio	1	0	1	0	0
Gerente de Processos Jurídicos Digitais	1	0	1	0	0
Gerente de Publicações e Revisões	1	0	1	0	0
Gerente de Rede e Banco de Dados	1	0	1	0	0
Gerente de Remuneração Funcional	1	0	1	0	0
Gerente de Suporte	1	0	1	0	0
Gerente de Transportes	1	0	1	0	0
Gerente Op. Tramit. e Inf. de Processos	1	0	1	0	0
Membro do Conselho Sup. do MP - Suplente	9	3	3	0	6
Membro do Conselho Sup. do MP - Titular	9	13	13	0	-4
Ouvidor	1	1	1	0	0
Procurador-Geral de Justiça	1	1	1	0	0
Secretário-Geral do Ministério Público	1	1	1	0	0
Secretário Adm. do Colégio e do Conselho	1	0	1	0	0
Secretário Corregedoria-Geral do MP	1	1	1	0	0
Subcorregedor-Geral do MP	1	1	1	0	0
Subproc-Geral de Justiça para Ass Admin	1	1	1	0	0

Subproc-Geral de Justiça para Ass Inst	1	1	1	0	0
Subproc-Geral de Justiça para Ass Juríd	1	1	1	0	0

Fonte: MP de SANTA CATARINA, 2017-T.

APÊNDICES

APÊNDICE A

NORMAS REGULAMENTADORAS
NR-1 - Disposições gerais
NR-2 - Inspeção Prévia
NR-3 - Embargo e Interdição
NR-4 - Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho - SSMT
NR-5 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA
NR-6 - Equipamento de Proteção Individual – EPI
NR-7 - Exames Médicos
NR-8 - Edificações
NR-9 - Riscos Ambientais
NR-10 - Instalações e serviços de eletricidade
NR-11 - Transporte, movimentação armazenagem e manuseio de materiais
NR-12 - Máquinas e equipamentos
NR-13 - Vasos sob pressão
NR-14 – Fornos
NR-15 - Atividades e operações insalubres
NR-16 - Atividades e operações perigosas
NR-17 - Ergonomia
NR-18 - Obras de construção, demolição, e reparos
NR-19 – Explosivos
NR-20 - Combustíveis Líquidos e Inflamáveis
NR-21 - Trabalhos a céu aberto
NR-22 - Trabalhos subterrâneos
NR-23 - Proteção contra incêndios
NR-24 - Condições sanitárias dos locais de trabalho
NR-25 - Resíduos industriais
NR-26 - Sinalização de Segurança
NR-27 - Registro de Profissionais
NR-28 - Fiscalização e Penalidades