

Política de Assistência à Saúde do Servidor (PASS) e Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS): Perspectivas de evolução no campo da saúde do trabalhador.

Fabiana Pinto de Almeida Bizarria
Psicóloga, Mestranda em Administração
Universidade de Fortaleza

Mônica Mota Tassigny
Doutora em Educação
Universidade de Fortaleza

Antônio Jackson Alcântara Frota
Mestrando em Administração
Universidade de Fortaleza

RESUMO

Foi realizada uma breve discussão sobre os conceitos “trabalho” e “saúde do trabalhador”, para, em seguida, apresentar algumas perspectivas do campo da saúde do trabalhador, com o objetivo de apresentar a PASS e o SIASS. Este último representa uma proposta do governo federal, lançada em 2009, que normativa aspectos da política nacional de saúde dos servidores federais. Tendo como premissa que a política e o subsistema são inseridos num contexto social, o artigo aborda questão de evolução do campo da saúde do trabalhador a partir da perspectiva histórica da construção de conhecimento.

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador, Política, Subsistema.

ABSTRACT

We conducted a brief discussion of the concepts "work" and "health worker" to then present some perspectives in the field of occupational health, with the aim of presenting the PASS and SIASS. The latter represents a proposal of the federal government, launched in 2009, that normative aspects of national health policy of federal employees. With the premise that the policy subsystem and are inserted in a social context, the paper addresses issue of evolution of the field of occupational health from the perspective of historical knowledge

construction.

Keywords: Occupational Health, Politics, Subsystem.

1. INTRODUÇÃO

As últimas décadas foram marcadas por profundas transformações nas formas de atuação do Estado brasileiro. Conforme Carvalho et al. (2005), a Constituição de 1988 expressou algumas concepções que deveriam nortear a relação entre Estado e Sociedade. Esperava-se, a partir das ideias expressas na Carta Magna, que a Administração Pública ganhasse maior agilidade e ampliasse a participação social. O Estado, desta forma, “[...] precisou se adaptar, promovendo mudanças organizacionais, alterando missões, utilizando novas ferramentas tecnológicas e implementando novos métodos de trabalho.” (CARVALHO et al., 2005, p. 16).

Diante deste quadro, fizeram-se necessárias modificações rápidas e profundas nas formas de gestão praticadas por agentes públicos. Tais transformações ganharam forma nos processos de reestruturação de cargos, na utilização de modelos inovadores para avaliação de desempenho, na prática de remuneração variável em empresas públicas, dentre outros.

Nesse sentido, um aspecto relevante das novas formas de gestão diz respeito à preocupação do Estado com a saúde de seus servidores, especialmente após a implantação da Política de Assistência à Saúde do Servidor (PASS). Tal política contempla os eixos de Promoção e Vigilância à Saúde, Assistência e Perícia, além disso, é destacado que as ações a serem desenvolvidas devem ser “pautados pela Epidemiologia, trabalho multidisciplinar, diálogo entre os três eixos e avaliação dos ambientes e relações de trabalho.” (FERREIRA, 2010, p 15).

Antes da constituição dessa política, não havia instrumentos normativos que

subsidiassem o planejamento de um sistema integrado que garantisse assistência à saúde do servidor público federal. A atuação dos órgãos que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC) era marcada pelo desenvolvimento de estratégias diferenciadas, com parâmetros técnicos distintos e centradas na figura do médico. Além disso, as características de cada ação, realizada isoladamente, eram desconhecidas pelo conjunto da Administração Pública (BRASIL, 2010).

De acordo com Ferreira (2010), a discussão quanto à PASS ganhou maior importância a partir da Conferência Nacional de Recursos Humanos da Administração Federal em 2009. Após essa Conferência, foi constituído o Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), a partir do Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009. Este subsistema tem como objetivo principal possibilitar a implantação da PASS e se efetiva a partir da estruturação de uma rede de unidades que deverão atender o conjunto de servidores federais. O órgão gestor do SIASS é a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (SRH/ MPOG) e tem o papel estratégico na organização e estruturação das unidades citadas acima.

Nesse sentido, as características das ações sobre saúde do trabalhador, antes desconhecidas pelo conjunto da Administração Pública, têm, a partir do SIASS, a possibilidade de se integrar à Rede Nacional de Serviços de Saúde do Servidor, cuja principal contribuição é a garantia de uma rede de informações.

Porém, emergem dificuldades desafiadoras para estruturar e efetivar a PASS. Observa-se que essas dificuldades decorrem, dentre outros fatores, da pouca consistência dos dados sobre as condições de saúde dos servidores públicos, visto que

[...] a inexistência de um sistema de informações que notificasse os agravos à saúde –licenças médicas, acidentes de trabalho, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais – impossibilitou a construção do perfil de adoecimento dos servidores públicos e dificultou o real dimensionamento das questões relacionadas à saúde do servidor. (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), criada em 2004 para orientar as ações em relação ao conjunto mais amplo dos trabalhadores, também revela dificuldades em relação ao estabelecimento de uma rede de informações:

A escassez e inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores dificultam a definição de prioridades para as políticas públicas, o

planejamento e implementação das ações de saúde do trabalhador, além de privar a sociedade de instrumentos importantes para a melhoria das condições de vida e trabalho. (BRASIL, 2004, p.6).

Os problemas com as informações não ocorrem apenas entre diferentes órgãos, mas no interior das instituições. Este fato distancia o setor de gestão de pessoas das reais necessidades existentes nos espaços de trabalho, além de dificultar o desenvolvimento de ações em saúde do trabalhador orientadas pela PASS.

Outro aspecto relevante é que as questões relativas à saúde dos servidores só se tornam prioridades quando o adoecimento ocasiona ausência ao trabalho. Observa-se que os afastamentos em razão de adoecimento, raramente caracterizados como doenças relacionadas ao trabalho, representam números preocupantes. Para ilustrar o impacto desses afastamentos, Cunha, Blank e Boing (2009, p. 228) aponta que “as aposentadorias precoces e os afastamentos do trabalho, em 2005, contabilizaram para a União um custo de R\$ 300 milhões”. No mesmo ano de 2005, de acordo com Ferreira (2010), o Governo Federal gastou R\$16 bilhões de reais com aposentadoria por invalidez de servidores públicos civis do poder executivo. Cunha, Blank e Boing (2009, p. 234) ressaltam que:

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

Desta forma, a busca pela compreensão e conhecimento dos fatores envolvidos nos processos de adoecimento dos servidores revela-se de suma importância para a consolidação de ações voltadas a atenção à saúde. A realização de ações bem estruturadas torna possível a promoção de uma maior qualidade de vida no trabalho e, conseqüentemente, a redução de taxas de adoecimentos, de absenteísmos e de afastamentos.

Nesse sentido, o desconhecimento das condições de trabalho, a falta de dados epidemiológicos, o não-compartilhamento de experiências de intervenção, dentre outros aspectos, traduzem-se em uma carência de informações que produz entraves a PASS e ao planejamento de ações. É neste contexto que o presente estudo buscou discutir ações voltadas à saúde dos trabalhadores a partir da apresentação da PASS e do SIASS.

Com este artigo, buscou-se analisar ações sobre assistência a saúde do trabalhador,

tendo como referências as concepções do campo da Saúde do Trabalhador, bem como as que permeiam a PASS. Diante da ausência de informações e do compartilhamento de experiências citado acima, mostra-se importante caracterizar o conhecimento adquirido até o momento sobre a temática levantada. Intenta-se, desta forma, produzir uma sistematização do conhecimento produzido na área e, assim, auxiliar no desenvolvimento de futuras investigações, além de dar subsídios para a construção de intervenções.

Vê-se, por conseguinte, que a revisão bibliográfica constitui um rico instrumento de pesquisa para alcançar as pretensões traçadas acima, por proporcionar uma recuperação da literatura sobre determinado tema de forma abrangente, além de viabilizar sua análise sistemática.

Partindo da concepção de que o trabalho representa uma categoria central na sociedade contemporânea, apresentar uma síntese da evolução do campo da saúde do trabalhador será o primeiro passo deste artigo e que terá como fundamentos a definição de contexto de trabalho, a partir de uma dimensão social de um campo interdisciplinar (MARX, 2004; ENGELS, 2004; ANTUNES, 2009).

2. EVOLUÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Com o objetivo de delimitar os conceitos fundamentais da área “Saúde do Trabalhador” será necessário fazer um percurso sobre a constituição teórica dessa área, passando pela Medicina do Trabalho e pela Saúde Ocupacional.

2.1 Significados da palavra “trabalho”

O trabalho tornou-se peça fundamental da estruturação da sociedade a partir da modernidade. Na Grécia antiga, encontrava-se a ética como base estruturante dos laços sociais, havendo uma escala de valores relacionada à dependência ao outro e não ao trabalho propriamente em si.

Na sociedade grega encontramos uma divisão entre o trabalho do “operário” no plano inferior, seguido do artesão e do agricultor, subsidiando o trabalho do “cidadão” que estava dedicado ao “trabalho político”. Já na sociedade feudal, também é estabelecida uma hierarquia com relação ao trabalho, mas nesse contexto o trabalho guarda a herança bíblica do castigo.

Diante dos impactos da Reforma Protestante, observou-se a emergência de uma nova compreensão sobre o trabalho, de forma que de seu significado deixou de ser vinculado como castigo, mas como vocação. Nesse momento, a lucratividade perdeu a conotação de pecado e passou a representar um sinal de prosperidade e bênçãos divinas. Os empecilhos éticos e moral são suplantados com os ideais da lógica protestante, que passam a difundir características próprias do capitalismo a concepção de trabalho. Este passa a ser associado à produtividade, consumo e criação de riqueza (NARDI, 2006).

Segundo Zanelli e Silva (2008), na nossa sociedade capitalista, as ideias de trabalho, em geral, estão vinculadas a conotações aversivas, gerando expectativas negativas em relação ao próprio meio de sobrevivência. A palavra trabalho, que deriva do latim *tripalium*, está associada ao sentido de sacrifício, sofrimento ou até tortura (RIBEIRO; LEDA, 2004). No mesmo sentido, a palavra *labor* significa dor e fadiga experimentadas na realização de um trabalho. Do ponto de vista religioso, o trabalho foi atribuído à humanidade para expiar a maldade das pessoas. A partir disso, constata-se, que o sentido do trabalho pode está associado a aspectos negativos.

No entanto, entende-se que o trabalho tem um papel fundamental na inserção social, contribuindo para a formação da identidade – a construção da subjetividade – e compreendido como elemento essencial para a saúde. Trabalho pode ser compreendido como a atividade humana intencional (dotada de consciência), voltada a um fim específico. Desse modo, é relevante compreender as relações que o trabalho assume com a saúde e em que condições esse trabalho pode tornar-se espaço promotor de saúde.

O trabalho é a condição primordial para a existência social dos indivíduos (MARX, 2004). Isso relaciona-se ao princípio da sociabilidade que tem suas origens relacionadas às atividades ou aos processos de trabalho. Assim, o trabalho é entendido como atividade central na história da humanidade.

Considerando as concepções apresentadas sobre o trabalho, este estudo discutirá a relação entre saúde e trabalho partindo da concepção da PNSST que engloba uma série de categorias profissionais que atuam formal ou informalmente no mercado de trabalho.

[...] são considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou

trabalham como: empregados assalariados; trabalhadores domésticos; avulsos; rurais; autônomos; temporários; servidores públicos; trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2004, p.4).

No campo de conhecimento da Psicologia “o trabalho é uma categoria central no desenvolvimento do conceito de si mesmo e fonte de autoestima [...] o trabalho é forte elemento na construção da identidade do ser humano que convive bem consigo mesmo, acredita em si e sente-se digno.” (ZANELLI; SILVA, 2008, p.111).

Como o trabalho também representa um importante regulador da sociedade e da vida humana, é na qualidade de suas condições que será garantida a saúde e a qualidade de vida. Segundo Zanelli e Silva (2008), o trabalho está associado à promoção de saúde das pessoas, que por sua vez está associado à eficácia da organização e a sua sustentabilidade. Possivelmente, se o trabalho não tiver características que possibilitem sentido para os sujeitos envolvidos, ele se transforma em fonte de esquivas, de desestruturação, de estranhamento e de degradação da identidade. Nesse sentido, a promoção da saúde do trabalhador para ser essencial a qualidade de vida.

Este estudo parte do entendimento que a saúde é um componente indissociável da integralidade biopsicossocial. “Quando as exigências do meio, principalmente as do trabalho, são maiores que as formas pessoais de adaptação e resiliência, o indivíduo perde autonomia e aumentam as probabilidades de se instalarem doenças.” (BRASIL, 2010).

Se, por um lado, necessitamos do trabalho humano e reconhecemos seu potencial emancipador, devemos também recusar o trabalho que explora, aliena e infelicitiza o ser social. Essa dimensão dúbia e dialética presente no trabalho é central quando se pretende compreender o labor humano. (ANTUNES, 2005, p.14)

Mendes e Wunsch (2007) enfatizam que a vida se manifesta por meio da relação existente entre saúde e a doença. Afirmam que muitos fatores se agrupam nessa relação como, por exemplo, as experiências subjetivas, o conhecimento popular, além de fatores culturais, comportamentais, psicológicos, dentre outros. Compreende-se, desse modo, que é nesse contexto que se dá a construção social da saúde e da doença.

Sendo a organização do trabalho “constituída pelos elementos prescritos (formal ou informalmente) que expressam as concepções e as práticas de gestão de pessoas e do trabalho

presentes no lócus de produção e que balizam o seu funcionamento” (FERREIRA; MENDES, 2008: 113), este estudo define contexto de trabalho como

(...) o lócus material, organizacional e social onde se opera a atividade de trabalho e as estratégias individual e coletiva de mediação, utilizadas pelos trabalhadores na interação com a realidade de trabalho. Esse contexto articula múltiplas e diversificadas variáveis, compondo uma totalidade integrada e articulada. (FERREIRA; MENDES, 2008, p.111-112)

Considera-se neste estudo que os aspectos psicossociais dos contextos de trabalho podem favorecer ou não a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores. Para ilustrar esse impacto, Ferreira (2010) aponta que se o trabalhador não tiver acesso ao controle do processo produtivo e se existir uma alta demanda de exigência por parte da instituição o adoecimento se torna uma consequência inevitável. O autor também afirma que essa demanda de trabalho com um alto nível de exigência está associada a desordens físicas e psicológicas, como por exemplo, a depressão e a ansiedade.

2.2 Evolução histórica da Saúde do Trabalhador

Este estudo parte da noção ampliada de saúde, conforme apresentada na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que agrega “a satisfação das necessidades básicas de acesso a uma alimentação regular e nutritiva, moradia adequada, transporte seguro, serviços de saúde e educação eficientes (...)” (ABRAMIDES; CABRAL, 2003, p. 7) a concepção de saúde.

A noção utilizada para conceber Saúde do Trabalhador

(...) é abrangente e corresponde ao ciclo do capitalismo e às condições objetivas onde ele se desenvolve. Ela se expressa nas relações sociais e de produção e tem a ver também com as tecnologias dos processos produtivos e de organização do trabalho. (ABRAMIDES; CABRAL, 2003, p. 8)

O percurso histórico que culminou com a delimitação da área da Saúde do Trabalhador foi constituído por estudos que configuraram dois campos distintos de concepções sobre saúde e trabalho, a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional.

A Medicina do Trabalho inseriu-se nos contextos de trabalho durante a Revolução Industrial na Europa, no século XIX. Esta revolução impôs grandes transformações no modo de produção mundial e afetou, em vários aspectos, o contexto de vida e de trabalho da sociedade.

De acordo com Mendes e Dias (1991, p 341), “a Medicina do Trabalho surge como uma especialidade médica, na Inglaterra”, quando o “consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo”.

Na conjuntura dessa Revolução, as jornadas de trabalho eram intensas e os ambientes caracterizados por condições precárias e nocivas a saúde. Adultos e crianças submetiam-se a essas condições nestes espaços de trabalho. O que mais impressiona é que as crianças eram concebidas como mini adultos e cabiam a elas às condições impostas por esse processo produtivo, não sobrando a elas a possibilidade viver a “infância”. Ainda nesse contexto, “a aglomeração humana em espaços inadequados propiciava a acelerada proliferação de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes” (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997, p. 22).

Considerando as precárias condições citadas acima, a proposta da Medicina do Trabalho expandiu-se rapidamente. Esse modelo de serviços chegou às fábricas e às indústrias com a promessa de garantir melhoria à saúde dos trabalhadores. Segundo Mendes e Dias (1991), o Estado que, anteriormente, não atendia a necessidade dessa população em relação às demandas na área da saúde passou a oferecer serviços médicos nessas instituições, de modo que esses serviços passaram a influenciar a relação de dependência do trabalhador e de sua família em relação à instituição.

Com o incentivo a formação de profissionais para atender as demandas das fábricas e indústrias, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919, passa a propagar a proposta da Medicina do Trabalho com o objetivo de qualificar atuação desses profissionais para garantir a organização efetiva desses serviços em saúde (MENDES; DIAS, 1991).

Dessa forma, a atuação da Medicina do Trabalho parece ter tido uma grande influência nas concepções de saúde e de doença, visto que era um serviço oferecido pelo Estado, incentivado pela OIT e um instrumento de produtividade. Já que se concebia, nesse contexto, que o trabalhador doente não correspondia aos anseios das instituições.

Porém, estes serviços possuíam características que parecem ainda prevalecer em alguns contextos, como, por exemplo, “uma visão eminentemente biológica e

individual, no espaço restrito da fábrica, numa relação unívoca e unicausal, buscam-se as causas das doenças e acidentes” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997 p. 22).

Estes mesmos autores lembram que, com essas características, a Medicina do Trabalho também passou a atuar em processos de recrutamento e de seleção de trabalhadores. Essa atuação tinha como principal objetivo impedir que pessoas não “aptas” a trabalhar fossem identificadas antes de entrar na fábrica ou indústria. Além disso, buscava-se diminuir custos com essa atuação, pois no processo de recrutamento de pessoas “sem problemas de saúde” haveria menos problemas com o absenteísmo, interrupção da produção e gastos com obrigações sociais.

Diante deste quadro e das transformações ocorridas na sociedade após a Revolução Industrial, a Medicina do Trabalho apresenta-se com características incompatíveis com as necessidades dos trabalhadores. Buscava-se a discussão sobre problemas de saúde relacionados à produção, contextualizando o processo de adoecimento aos fatores do trabalho. Dessa forma, a insatisfação gerou questionamentos:

Desvela-se a relativa impotência da medicina do trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção. [...] A resposta, racional, científica e aparentemente inquestionável traduz-se na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões. (MENDES; DIAS, 1991, p.343).

A possibilidade da inserção progressiva de outros profissionais permitiu a discussão em torno de um novo campo de atuação. Nesse sentido, a Saúde Ocupacional apresentou-se como uma proposta mais abrangente que a Medicina do Trabalho.

A Saúde Ocupacional passou a ser adotada por algumas instituições de ensino e alguns departamentos de medicina preventiva e social em escolas médicas brasileiras. Segundo Mendes e Dias (1991), temos como exemplo a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que, dentro do Departamento de Saúde Ambiental, cria uma área de Saúde Ocupacional. Uma instituição que merece destaque é a “Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), a qual é a versão nacional dos modelos de Institutos “de Saúde Ocupacional desenvolvidos no exterior”. (MENDES; DIAS, 1991, p.344).

Ressalta-se a influência do paradigma da Saúde Ocupacional em relação à ampliação do impacto dos serviços oferecidos. Uma contribuição dessa abordagem diz respeito à elaboração de normas. Por exemplo, a Norma Regulamentadora 4 (quatro) da

Portaria 3214/78 que trata da obrigatoriedade de equipes multidisciplinares para atuar com a saúde do trabalhador. Porém, ainda percebe-se nesse modelo a tentativa de “[...] de adequar o ambiente de trabalho ao homem e cada homem ao seu ambiente de trabalho” (LACAZ, 2007, p. 759).

Diante desse quadro, mudanças rápidas e profundas nos processos de trabalho após a revolução industrial passaram a influenciar ainda mais a vida das pessoas. Em consequência, novas formas de gestão e organização do trabalho se constituíram ao longo do tempo. Segundo Borsoi (2007, p.104),

[...] os século XX teve como marca principal um intenso processo de industrialização e, com ele, um acelerado avanço tecnológico, associado à adoção de modelos de gestão dos processos produtivos cada vez mais exigentes em termos da capacidade física e psíquica.

Tais mudanças geraram novas reflexões sobre a saúde do trabalhador e novas contribuições à saúde ocupacional, de forma a possibilitar a construção de um novo campo de conhecimento.

Aspectos de gestão engendram novas relações que configuram limite à Saúde Ocupacional. Segundo Lacaz (2007, p.759) a “organização-divisão do trabalho: o ritmo; a duração da jornada; o trabalho em turnos; a hierarquia; a fragmentação/ conteúdo das tarefas; o controle da produtividade” são fenômenos que devem ser inseridos na discussão sobre saúde do trabalhador. Esses elementos apresentam-se revestidos de novos desenhos, o que traz a necessidade de novas concepções, na medida em que “é nesse contexto que os agravos relacionados ao trabalho revestem-se de novos significados e determinações” (MENDES; WUNSCH, 2007, p.153).

A Medicina do Trabalho nasceu da necessidade de se constituir uma discussão que enfatizasse a negligência em relação à desumanização do trabalho como foi apresentada acima, decorrente da implantação de métodos rigorosos aos quais os trabalhadores deveriam adaptar-se. Estes fatores, à medida que ganharam força, passaram a ter uma relação direta com o atingimento dos objetivos organizacionais. Novos conceitos psicológicos sobre a natureza da percepção e da motivação passaram a influenciar uma gama de estudos sobre satisfação, organizações, qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador.

A partir da propagação desses novos conceitos, a contribuição da psicologia

tornou-se mais efetiva, à medida que esse profissional foi continuamente se inserindo no contexto das organizações. A Psicologia encontra um campo de atuação vasto, que inclui ações ligadas à gestão e à compreensão dos comportamentos de pessoas, de grupos e de estruturas organizacionais.

A sociedade, com a participação das entidades sindicais, passou a constituir movimentos sociais nas décadas de 60 e 70 do século XX para fiscalização dos ambientes de trabalho. Mudanças na legislação também passaram a possibilitar a melhoria das condições de trabalho em virtude de discussões, como por exemplo, sobre o modelo de sociedade, o significado do trabalho e a satisfação no trabalho.

Segundo Lacaz (2007), no caso do movimento sindical brasileiro, os anos 80 foram marcados por intensas discussões e exigências sobre as questões relacionadas à Saúde do Trabalhador. Passou-se a buscar de forma mais ativa a participação da sociedade e dos setores de saúde pública e envolvimento com essas questões. “O Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) emerge desse contexto, e irá ter um importante papel nas discussões” (p. 761) de superação do modelo médico de assistência à saúde dos trabalhadores.

Com a atuação desses movimentos, identificaram-se falhas nos modelos de saúde vigentes até então. A Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional pareciam não responder mais as demandas geradas por estas discussões. Além de revelarem uma

[...] tendência de restringir seus objetivos de atuação às condições do ambiente de trabalho [...], às doenças ocupacionais e aos acidentes de trabalho, sem considerar que as relações sociais de produção têm um papel determinante no processo saúde-doença. (CREPOP, 2008, p. 18).

A nova organização do trabalho exigia novos estudos e um novo olhar sobre as questões de saúde. Nesse sentido, a Saúde do Trabalhador nasce com uma perspectiva diferenciada e com conceitos que prometem uma intervenção mais alinhada às expectativas geradas pelas discussões apresentadas acima. A Saúde do Trabalhador

ao contrapor-se aos conhecimentos e práticas da saúde ocupacional, objetiva superá-los, identificando-se a partir de conceitos originários de um feixe de discursos dispersos formulados pela medicina social Latino-Americana, relativos à determinação social da saúde-doença; pela Saúde Pública em sua vertente programática e pela saúde coletiva ao abordar o sofrer, adoecer, morrer das classes e grupos sociais inseridos nos processos produtivos (LACAZ, 2007, p. 758).

2.3 O modelo teórico da Saúde do Trabalhador

Segundo Nardi (1997), o Campo da Saúde do Trabalhador apresenta um diferencial em relação aos modelos anteriores. A participação dos sujeitos nos processos de intervenção, planejando as ações e contribuindo com o seu conhecimento, representa um instrumento eficaz para a produção de saúde. Esta ampliação do protagonismo social em relação aos temas de saúde produz sujeitos menos alienados em relação às suas condições de vida e mais cientes de seu potencial transformador.

(...) por Saúde do Trabalhador compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Essa perspectiva é resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p.25)

O campo de estudos da Saúde do Trabalhador fundamenta-se em um conceito nuclear, a saber, o “processo de trabalho”. De acordo com Lacaz (2007), ele é originado da abordagem da saúde coletiva, da medicina social latino-americana e da economia política, na sua significação marxista.

Marx (2004) define aquilo “processo de trabalho” da seguinte forma:

(...) é atividade voltada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais. (MARX, 2004, p.38)

Antes de representar apenas uma nova abordagem, a

Saúde do trabalhador refere-se a um campo de saberes e práticas com compromissos teóricos, éticos e políticos. Apresenta-se como uma política pública em saúde que demanda articulações nos diversos setores da sociedade (saúde, previdência social, educação, trabalho e emprego, meio ambiente, dentre outros). (CREPOP, 2008, p. 17).

Esse conjunto de conhecimentos tem por objetivo “[...] compreender a ocorrência dos problemas de saúde à luz das condições e dos contextos de trabalho, tendo em vista que medidas de promoção, prevenção e vigilância deverão ser orientadas **para mudar o trabalho**” (CREPOP, 2008, p. 18, grifo nosso), com “(...) um corpo profissional técnico-político preparado, integrado e estável, capaz de garantir a efetividade de ações para promover a saúde dos trabalhadores, prevenir os agravos e atender aos problemas existentes” (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005, p.798).

2.4 Movimentos sociais e Ações Públicas voltadas para a promoção da saúde do trabalhador

A Saúde do Trabalhador parece surgir da necessidade do Estado de intervir mais efetivamente nas relações do processo produtivo. Os movimentos observados no tópico anterior invocaram a intervenção do Estado para regulamentar os ambientes de trabalho no sentido de promover condições laborais dignas.

Desataca-se que investigar movimentos sociais, se firmam como relevantes pois,

(...) as políticas neoliberais e o novo complexo de reestruturação produtiva conseguiram alterar a dinâmica da sociabilidade do trabalho no Brasil, degradando-a, tanto no sentido objetivo, ou seja, no tocante à materialidade da organização do processo de trabalho, quanto no sentido subjetivo, principalmente no plano da consciência de classe. (ALVES, 2002, p. 77)

A participação do Estado na atuação desse novo campo de conhecimento se intensificou a partir da década de 70, na década posterior, quando se observou a abertura política brasileira e, conseqüentemente, a promulgação da Constituição Federal e constituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

A I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) teve fundamental importância ao trazer subsídios às discussões travadas nesse contexto. Porém, a afirmação do movimento dentro do campo institucional acontece com a IX Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1994.

Após a criação do SUS, iniciativas de integração institucional passam a surgir no cenário das políticas de saúde com a criação da Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (CIST) do Conselho Nacional de Saúde.

Na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, afirma-se que “ao sistema único de Saúde (SUS) compete executar as ações de Saúde do Trabalhador, colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho”. Na lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) de 1990, a Saúde do Trabalhador passa a ser regida pelos princípios e diretrizes do SUS e toma como princípio básico que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, o trabalho.

De acordo com a Lei Orgânica, a Saúde do Trabalhador representa o “[...] 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 [...]” (CREPOP, 2008, p.21).

A II CNST, em 1994, ocorreu em meio a esse quadro social e estabeleceu que o modelo de organização de ações em saúde do trabalhador deveria passar pela construção

e consolidação do SUS, na tentativa de integrar ações para combater esta fragilização e duplicidade de ações.

Para fortalecer as ações referentes à saúde do trabalhador, o Ministério da Saúde criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), através da Portaria n.º1679/GM, em 19 de setembro de 2002, “com o objetivo de integrar a rede de serviços do SUS” a partir da criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs). Estes “devem desempenhar a função de suporte técnico, de coordenação de projetos e de educação em saúde” (CREPOP, 2008, p. 22).

As unidades dos CERESTs foram planejadas para atuar com equipes definidas pela Portaria 1679/2002 e formadas por profissionais de nível superior e médio, exigindo-se a figura do médico, do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem. Esses Centros assumem a função de “articuladores e organizadores, no seu território de abrangência, de ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, com a função de retaguarda técnica” (CREPOP, 2008, p. 23). Desenvolvem, no entanto, ações destinadas à assistência de trabalhadores com vínculos formais de trabalho e, em sua maioria, atuam a partir de queixas apresentadas pelos trabalhadores e/ ou empregadores. Embora tenha significado um avanço enquanto unidades formadas para assistência ao servidor, a atuação desses Centros prejudica a efetiva investigação das condições de trabalho e o planejamento de ações de promoção de qualidade de vida nos contextos de trabalho. Esse prejuízo se deve a ênfase dada às atividades de reabilitação, e em sua maioria, não atende às necessidades do conjunto da população trabalhadora. (CREPOP, 2008)

Já o III CNST, instituída através da Portaria Interministerial n° 774 de 2004, pelos Ministérios da Previdência Social, do Trabalho e Emprego e da Saúde, representou um avanço na busca de superação das oposições que vêm dificultando o processo de unificação das ações em Saúde do Trabalhador.

Em novembro de 2004 foi criada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST). Esta política foi estabelecida com o objetivo de envolver os diversos segmentos da sociedade e contando com a participação das mais variadas unidades da Administração Pública.

No que tange aos órgãos públicos, as ações em Saúde do Trabalhador são fragmentadas e com características heterogêneas. Há dificuldades, por exemplo, na delimitação do perfil epidemiológico desse conjunto de trabalhadores, o que dificulta a

realização de ações de vigilância à saúde que atendam a necessidades peculiares do setor público.

Enquanto alguns órgãos estruturaram serviços de excelência em saúde, com ações nas áreas de assistência, perícia e promoção [...] outros não desenvolveram qualquer ação na área de saúde do servidor, nem sequer possibilitaram o acesso às juntas médicas para a concessão de direitos (BRASIL, 2010, p.3).

Da mesma forma, questões relativas à saúde do servidor em geral não constituíam, até então, prioridade. Estas só se tornavam problemas quando o adoecimento ocasionava ausência ao trabalho. No sentido de minimizar essas distorções e sentindo o custo efetivo que a administração estava arcando com as consequências de uma falta de política para a saúde do servidor, o Governo Federal, através do Ministério do Planejamento e influenciado pelo contexto das discussões travadas na I, II e III CNST criou, em 2003, a Coordenação de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal – SISOSP.

O recente processo de construção de políticas públicas baseadas na atenção à saúde dos servidores federais revela a intenção de consolidar propostas de ação alinhadas aos anseios e às demandas provenientes destes trabalhadores. Destacam-se, nesse sentido, três instrumentos legais, a saber: 1) a Política Nacional de Recursos Humanos (PNRH), que enfoca a necessidade de democratização das relações de trabalho; 2) a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), formulada em 2004; 3) a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (PASS), que surge em 2007 “[...] sustentada por um sistema de informação em saúde do servidor, uma sólida base legal, uma rede de unidades e serviços e pela garantia de recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos” (BRASIL, 2010).

A partir desses instrumentos, o Governo Federal passou a disponibilizar uma rede de atenção à saúde bem articulada e com uma proposta integradora. Conduz, progressivamente, as instituições a considerar a informação como importante ferramenta de transformação da situação de saúde de seus servidores. A Comunicação, garantida pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), parece ser o diferencial desta política, pois torna as ações mais próximas das discussões nacionais e regionais, no sentido de

[...] garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem

prejuízo para sua saúde, integridade física e mental. (BRASIL, 2004, p. 3).

2.5 O Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS)

A criação do SIASS, que representa uma inovação no campo da Saúde do Trabalhador, base estruturante da PASS, surge com a tarefa de garantir sustentabilidade e efetividade através do gerenciamento das informações epidemiológicas e de vigilâncias dos ambientes e processos de trabalho, a implantação desse Sistema vem acarretando mudanças significativas no que tange à política de saúde destinada aos servidores públicos federais. Este processo promove mudanças na organização e no ambiente laboral, a partir da busca ativa de doenças, a prevenção dos acidentes e das doenças ocupacionais e, principalmente, a capacitação para a adoção de práticas que melhorem a qualidade de vida e de trabalho.

O SIASS foi planejado e instituído pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, sendo regulamentado pelo Decreto de nº 6.833, de 2009. O SIASS pertence ao Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC) e objetiva

(...) coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo (BRASIL, 2009).

Os principais desafios para garantir a efetividade da PASS e do SIASS são a uniformização de procedimentos, a transparência dos critérios técnicos, a agilidade administrativa, a racionalidade de recursos e o apoio multiprofissional na constituição das equipes. Tais dificuldades precisam ser discutidas para que o SIASS proporcione coerência às ações e um impacto positivo na saúde dos trabalhadores.

Os três eixos de atuação do SIASS são apresentados no artigo terceiro do referido decreto.

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

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

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

Para dar legitimidade e visibilidade a esta Política realizou-se, em outubro de 2008, o I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor – I ENASS e o II Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor – II ENASS em novembro de 2009. Esses momentos foram relevantes para a construção coletiva e para a troca de experiências, além de dar início às articulações em torno do SIASS, com o estabelecimento de convênios entre os diversos órgãos da AFP. Além disso, algumas ações foram implementadas para dar subsídios para a consolidação da PASS por meio do SIASS, são elas: realização de diagnóstico dos serviços de saúde em âmbito nacional; implantação de Sistema Único de Informações; uniformização do benefício de “saúde suplementar”; ampliação dos serviços de Perícia em saúde; ênfase nos eixos de Vigilância e Promoção à saúde e articulação de ações relacionadas à capacitação e comunicação.

No mesmo sentido, o I Fórum de Saúde Mental na Administração Pública Federal, realizado em agosto de 2009, teve a finalidade de levantar o tema da saúde mental no trabalho e sua valorização no âmbito da política do SIASS, para fundamentar estratégias de levantamento de riscos ambientais, investigação dos contextos de trabalho e no investimento em formação de equipes multiprofissionais para lidar com a saúde integral.

Em 2010, o Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor promoveu o III Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor – III ENASS e o II Fórum de Saúde Mental na Administração Pública Federal, que significou uma abertura de horizontes, pois possibilitou uma rica discussão em torno de ações em andamento e de experiências bem sucedidas por diversos setores.

Mesmo diante de toda essa articulação no sentido de discutir a PASS e o SIASS, esses mecanismos, com todo o seu potencial e conquistas, apresentam dificuldades de consolidação em virtude da cultura de assistência fragmentada, carente de promoção de medidas de prevenção.

Percebe-se que os novos conceitos assumidos pela PASS buscam que os servidores sejam protagonistas na construção, apropriação e execução dessa política. Dessa forma, a participação de todos, em especial dos gestores, é indispensável para o seu êxito. Enfatiza-se que o sujeito ativo e participativo está intimamente relacionado à possibilidade do trabalhador intervir naquilo que lhe causa adoecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apontou-se a relevância de se ampliar esta discussão no sentido de se enfatizar a importância de buscar as relações possíveis de processos de saúde-doença com a organização e com os contextos de trabalho.

Para subsidiar essa discussão foi realizado um levantamento na literatura sobre as concepções da palavra “trabalho”, seu papel na inserção social e na constituição da identidade. Além disso, foram apresentadas as delimitações do modelo teórico do Campo da Saúde do Trabalhador através de sua evolução histórica. Também se abordou os movimentos sociais que permearam o debate sobre a problemática da Saúde do Trabalhador e a implementação de políticas públicas destinadas a garantir a efetividade de ações nessa área, como por exemplo, a PNSST, a PASS e o SIASS.

Um bom caminho para atender as demandas de saúde dos servidores parece estar relacionado a abrir um canal de diálogo que possa favorecer a fala dos sujeitos. A partir disso, ouvir as informações referentes às necessidades dos servidores sobre suas atividades laborais e discuti-las com esses trabalhadores. Dessa forma, os dirigentes podem considerar as sugestões para o desenvolvimento de normas administrativas e gerencias, estimulando os servidores a se envolverem com os planejamentos da instituição a qual pertence.

Sugere-se, também, que sejam realizados investimentos em pesquisas que permitam compreender melhor a relação saúde-trabalho, com a colaboração de variadas abordagens, com enfoque interdisciplinar e com a participação dos trabalhadores nesse processo de construção coletiva.

Dessa forma, as ações de promoção da saúde do trabalhador, e as informações obtidas nesse estudo permitem concluir que o contexto organizacional pode ser usado para promoção da saúde, tornando-se fonte de motivação e prazer, ao invés de ser fonte de impactos negativos, causadores de adoecimento. Ressaltou-se a necessidade de se buscar ações que discutam os contextos de trabalho, as atividades, as crenças, os valores e as concepções sobre o trabalho. Para tanto, é indispensável reconhecer o papel da subjetividade nesse processo saúde-doença-trabalho, pois se reconhece que os fatores subjetivos podem estar relacionados ao bom desempenho, a qualidade dos serviços oferecidos, bem como ao desenvolvimento institucional.

REFERENCIAS

ABRAMIDES, M. B. C.; CABRAL, M. S. R. **Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador**. Revista São Paulo Perspectiva, vol.17, nº 1, São Paulo, Mar./2003, p.3-10.

ALVES, G. Trabalho e sindicalismo no Brasil: um balanço crítico da década neoliberal (1990-2000). **Revista de Sociologia e Política**, vol. 19, nº 1, Curitiba, Nov./2002, p.71-94.

ANTUNES, R. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005 (Coleção Mundo do Trabalho).

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2ed. São Paulo: Boitempo, 2009 (Coleção Mundo do Trabalho).

BRASIL. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Servidor**. Brasília, DF. 2004.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal: uma construção coletiva**. SIASS – Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília, DF. 2010.

BRASIL. **Decreto nº 6.833 – 29/04/09** - Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília, DF. 2009.

BORSOI, Izabel Cristina Ferreira. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia e Sociedade**, 2007, vol.19, n.spe, pp. 103-111. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19nspe/v19nspea14.pdf>. Acesso em dez.2011.

CARVALHO, Antônio Ivo de. et al. **Escolas de governo e gestão por competências: mesa- redonda de pesquisa-ação**. Brasília: ENAP, 2009. 109p.

CREPOP, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do (a) psicólogo**

(a)/ Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília, CFP, 2008, 74 p.

CUNHA, Jane Bittencourt; BLANK, Vera Lúcia G.; BOING, Antonio Fernando. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2009, vol.12, n.2, pp. 226-236. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200012.

Acesso em 03.ago.2013.

ENGELS, F. **Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. 1952.** Disponível em <<http://insrolux.org/textosmarxistas/trabalhomacacoengels.htm>> Acesso em 01.ago. 2013.

FERREIRA, Nancy Vieira. **Perfil da aposentadoria por invalidez em servidores públicos municipais do Rio de Janeiro de 1997 a 2008.** 2010. 87p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. Contexto de Trabalho. In SIQUEIRA, M. M. M. (org.). **Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão.** Porto Alegre: Artmed, 2008, p.111-124.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O Campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** 2007, vol.23, n.4, pp. 757-766. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>. Acesso em nov. 2011.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de valorização. In ANTUNES, R. (org.). **A dialética do trabalho: escritos de Marx e Engels.** São Paulo: Expressão Popular, 2004, p. 29-56.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública.** 1991, vol.25, n.5, pp. 341-349. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>. Acesso em 01.ago.2012.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WUNSCH, Dolores Sanches. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030376572007000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em nov. 2013.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**. 1997, vol.13, suppl.2, pp. S21-S32. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>. Acesso em nov. 2011.

MINAYO-GOMEZ C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol.10, nº 4, Rio de Janeiro, 2005, p.797-807.

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

RIBEIRO, Carla Vz dos Santos; LEDA, Denise Bessa. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Uerj, Rj, Ano 4, N. 2, 2º Semestre de 2004. Disponível em <http://www.revispsi.uerj.br/v4n2/artigos/ARTIGO5V4N2.pdf>. Acesso em nov. 2011.

SECCHI, Leonardo. **Modelos organizacionais e reformas da administração pública**. Revista de Administração Pública. 2009, vol.43, n.2, pp. 347-369. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a04.pdf>. Acesso em 05.ago.2013.

ZANELLI, José Carlos; SIVA, Narbal. **Interação Humana e Gestão: a construção psicossocial das organizações de trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.