



AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE



TÚLIO PAULO ALVES DA SILVA

VOLUME I

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE



TÚLIO PAULO ALVES DA SILVA

VOLUME I

Editora Omnis Scientia

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE
E SEGURANÇA DO TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE**

Volume 1

1ª Edição

RECIFE - PE

2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

TÚLIO PAULO ALVES DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE
E SEGURANÇA DO TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE**

Orientador: Prof. Dr. Arthur Leandro Alves da Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Erlene Roberta Ribeiro dos Santos

RECIFE

2020

TÚLIO PAULO ALVES DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE
E SEGURANÇA DO TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, como exigência para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de Concentração: Políticas Públicas.

Aprovada em: 27/10/2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Arthur Leandro Alves da Silva (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Profa. Dra. Erlene Roberta Ribeiro dos Santos (Co-orientadora e Examinadora Externa)

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof. Dr. Ernani Rodrigues de Carvalho Neto (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Editor-Chefe

Dr. Daniel Luís Viana Cruz

Autor

Túlio Paulo Alves da Silva

Conselho Editorial

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho – ESS-UTAD – Portugal

Dr. Cássio Brancalone – UFFS – Brasil

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva – UEPa – Brasil

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão – UPE – Brasil

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior – UFRPE – Brasil

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior – UFRPE – Brasil

Dr. Wendel José Teles Pontes – UFPE – Brasil

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Canva e Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial

S586

Silva, Túlio Paulo Alves da.

Avaliação da implementação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal na Universidade Federal de Pernambuco - UFPE [recurso eletrônico] / Túlio Paulo Alves da Silva. — 1. ed. — Recife : Omnis Scientia, 2025.

Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-284-0077-5

DOI: 10.47094/978-65-284-0077-5

1. Serviço público. 2. Segurança do trabalho.
3. Promoção da saúde dos empregados. 4. Qualidade de vida no trabalho. 5. Ambiente de trabalho - Saúde mental.
I. Título.

CDD23: 331.2596

I-3007251

Bibliotecária: Priscila Pena Machado – CRB-7/6971

Editora Omnis Scientia

Av. República do Líbano, nº 251, Sala 2205, Torre A,
Bairro Pina, CEP 51.110-160, Recife-PE.

Telefone: +55 87 99920-5762

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



À minha mãe, Ester Maria Alves, que nunca mediu esforços para me tornar mestre, aos meus irmãos e sobrinhos, dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente à Deus pelo dom da vida, da sabedoria, da paciência e da inteligência, aos meus familiares pela ajuda, motivação e compreensão nos momentos de ausência, aos amigos, colegas de mestrado, alunos, companheiros de jornada na Agrodan, aos meus agentes de saúde da cidade de Belém do São Francisco.

É importante mencionar nesses agradecimentos os mestres do programa, em especial ao meu orientador Arthur Leandro Alves da Silva pelos esforços, pela paciência, pela entrega, pelo acolhimento, escuta e pelos conselhos e até mesmo as discordâncias que nos levaram ao êxito do trabalho.

Obrigado também a Professora Erlene Roberta pela grande ajuda na construção do meu caminhar no meio acadêmico.

A todo o meu muito obrigado!

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a implementação da política de atenção à saúde e segurança no trabalho do servidor público federal da Universidade Federal de Pernambuco. O método de pesquisa utilizado foi um estudo de caso, exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, com base na Análise de Conteúdo, referenciada pelo autor Bardin (2011). Na fase de desenvolvimento da pesquisa, foi realizada inicialmente a pesquisa bibliográfica, montado o modelo lógico do posto de saúde do servidor e analisados os documentos. Em seguida, foram realizadas entrevistas semiestruturadas *in loco* com os Stakeholder (gestores, trabalhadores - conhecidos como burocratas de rua - e usuários), selecionados para participar da pesquisa. Após a realização das entrevistas, o material foi codificado e analisadas três subcategorias de análise, que interferem na Política de Saúde e Segurança do Servidor Público Federal. A pesquisa revela que os fatores que interferem neste serviço são os limites de recursos financeiros, estruturais e humanos, conhecimento do programa e avaliação positiva dos burocratas de rua pelos usuários que utilizam os serviços implementados pela política no posto de saúde do servidor. A conclusão desta pesquisa é que o programa devido às limitações de recursos humanos e financeiros, não consegue executar todos os eixos previstos na política, tais como: promoção da saúde, grupos de saúde mental, exames periódicos de seus funcionários, articulação com outras redes de serviço.

Palavras-chaves: políticapública; modelo lógico;servidor federal; stakeholder.

ABSTRACT

This research aims to evaluate the implementation of the policy of attention to health and safety at work of the federal public servant at the Federal University of Pernambuco. The research method used was a case study, exploratory and descriptive, with a qualitative approach, based on Content Analysis, referenced by the author Bardin (2011). In the research development phase, the bibliographic research was first carried out, the logical model of the server's health care center was assembled and the documents were analyzed. Then, in loco, semi-structured interviews were conducted with Stakeholder (managers, workers – who are known as street level bureaucrats – and users), selected to participate in the research. After conducting the interviews, the material was coded and three subcategories of analysis were analyzed, which interfere with the Federal Public Servant's Health Care and Safety Policy. The research reveals that the factors that interfere with this service are limits on financial, structural and human resources, program knowledge and positive evaluation of street-level bureaucrats by users who use the services implemented by the policy in the health care center of the server. The conclusion of this research is that the program due to its limitations in human and financial resources, is unable to execute all the axes as foreseen in the policy, such as: health promotion, mental health groups, periodic examinations of its employees, articulation with other service networks.

Key-words: public policy; logical model; federal server; stakeholder.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pilares da Política

Figura 2 - Ciclo de Políticas

Figura 3 - Organograma estrutural da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Figura 4 - Organograma da PROGEPE

Figura 5 - Imagem do NASS

Figura 6 - Elementos do Modelo Lógico

Figura 7 - Quantidade de Mestras e Mestres no Brasil

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fases do Ciclo de Política Pública

Quadro 2 - Estágios de evolução da Teoria da Avaliação segundo Shadish, Cook e Leviton (1991)

Quadro 3 - Classificação e tipos de Avaliação

Quadro 4 - Órgãos Federais que fazem parte do SIASS/UFPE

Quadro 5 - Modelo lógico do núcleo atenção à saúde do servidor da Universidade Federal de Pernambuco

Quadro 6 - Instrumentos normativos que permeiam a PASS

Quadro 7 - Subcategorias de Análise e Categoria Final de Análise

Quadro 8 - Subcategorias e as Codificações das Entrevistas

Quadro 9 - Setores e quantidades da estrutura do NASS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade de Stakeholder na PASS

Tabela 2 - Quantidade de Stakeholder que participaram da pesquisa

Tabela 3 - Composição atual de profissionais vinculados aos NASS

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	ABRASCO ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA
AC	ANÁLISE DE CONTEÚDO
ANS	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.
APF	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL
CEBES	CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDO DE SAÚDE
CF	CONSTITUIÇÃO FEDERAL
CG	COMITÊS DE GOVERNANÇA E DE GESTÃO
MCTI	CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO (CT&I)
CLT	CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO
COGSS	COORDENAÇÃO DE SEGURIDADE E BENEFÍCIOS DO SERVIDOR
COVID-19	NOVO CORONAVÍRUS
DAP	DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
DML	DEPOSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA
DPP	DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
DQV	DIRETORIA DE QUALIDADE DE VIDA
EAD	EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
EUA	ESTADO UNIDOS DA AMÉRICA
ICG	ÍNDICE GERAL DE CURSOS
IFES	INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR
INSS	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
MEC	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
MP	MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO
MPOG	MINISTÉRIO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO
NASS	NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR
NOSS	NORMA OPERACIONAL DE SAÚDE DO SERVIDOR
PASS	POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL
PDI	PLANO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

PF	PROCURADORIA FEDERAL
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA
PNH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
PNSST	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO
PP	POLÍTICAS PÚBLICAS
PROAES	PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
PROEXC	PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO E CULTURA
PROGEST	PRÓ-REITORIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA PROGEST
PROGEPE	PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS E QUALIDADE DE VIDA
PROPLAN	PRÓ-REITORIA DE PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO E FINANÇAS
PROPG	PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGEPE	PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS E QUALIDADE DE VIDA
PROGRAD	PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
PT	PARTIDO DOS TRABALHADORES
REUNI	REESTRUTURAÇÃO E EXPANSÃO DAS UNIVERSIDADES
RH	RECURSOS HUMANOS
RJU	REGIME JURÍDICO ÚNICO
SEGRT	SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS E RELAÇÕES DO TRABALHO
SGP	SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS
SIAP	SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOA
SIASS	UNIDADE SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR
SINAIS	SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DO SERVIDOR
SIPESC	SISTEMA DE PESSOA CIVIL DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL
SISOSP	SISTEMA DE SAÚDE OCUPACIONAL DO SERVIDOR PÚBLICO
SRH	SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TAE	TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS EM EDUCAÇÃO.
UFPE	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
UR	UNIVERSIDADE DO RECIFE
VD	VISITAS DOMICILIARES

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
2	POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL (PASS).....	23
	2.1 Perícias em Saúde	
	2.2 Assistência à Saúde do Servidor	
	2.3 Vigilância e Promoção da Saúde	
3	MARCO LEGAL DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL (PASS): UMA ANÁLISE DO TEMPO NAS PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES.....	29
4	AValiação E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	32
	4.1 Políticas Públicas	
	4.2 Implementação de Política Pública	
	4.3 Avaliação de Política Pública	
5	SAÚDE COLETIVA E POLÍTICAS DE SAÚDE	39
6	BUROCRACIA E BUROCRATAS NÍVEL DE RUA.....	41
	6.1 Burocracia	
	6.2 Burocratas Nível de Rua	
7	METODOLOGIA	45
	7.1 Desenho da Pesquisa	
	7.2 Local de pesquisa e sua contextualização	
	7.2.1 <i>Universidade Federal de Pernambuco – UFPE</i>	
	7.2.2 <i>Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida (PROGEPE)</i>	
	7.2.3 <i>Diretoria de Qualidade de Vida (DVQ)</i>	

7.2.4	<i>Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor (NASS)</i>	
7.3	Sujeitos da Pesquisa	
7.4	Amostra dos participantes e instrumentos de pesquisa	
7.5	Instrumento e coleta de dados	
7.5.1	<i>Análise Documental</i>	
7.5.2	<i>Entrevistas</i>	
8	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	64
8.1	Inclusão	
8.2	Exclusão	
9	ASPECTOS ÉTICOS	65
9.1	Riscos	
9.2	Benefícios	
10	ANÁLISE DOS RESULTADOS	66
10.1	Fatores que interferem na implementação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal	
10.2	Limites de recursos financeiros, estrutural e de recursos humanos	
10.2.1	<i>Limites de recursos financeiros</i>	
10.2.2	<i>Limites estruturais</i>	
10.2.3	<i>Limites de recursos humanos</i>	
10.3	Desconhecimento da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do servidor Federal	
10.4	Avaliação positiva dos burocratas pelos usuários que utilizam os serviços implementados pela política no NASS	
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO	85
	REFERÊNCIAS	88
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO COLETA DE DADOS	97

APÊNDICE B - INSTRUMENTO COLETA DE DADOS ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA OS GESTORES DA PROGEPE E NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR (NASS)	98
---	-----------

APÊNDICE C - INSTRUMENTO COLETA DE DADOS ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA OS SERVIDORES DO NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR (NASS)	99
---	-----------

APÊNDICE D - INSTRUMENTO COLETA DE DADOS ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA OS USUÁRIOS DO NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR (NASS)	100
---	------------

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa desta dissertação visou responder a Avaliação da Implementação da Política de Assistência à Saúde do Servidor na Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

O nosso objetivo central foi avaliar a implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a partir dos *Stakeholders* envolvidos neste serviço.

A regulação do trabalho no Brasil tem início na década de 1940, com a Consolidação das Leis do Trabalho, voltada para as relações individuais e coletivas do trabalho (MARTINS, *et al.*, 2016). “Até 1988, as políticas de proteção social e a regulação do trabalho eram, como as demais políticas sociais, seletivas e dirigidas a segmentos da população” (MARTINS *et al.*, 2016, p. 1430).

Até a Constituição de 1988, os mecanismos de proteção à saúde do trabalhador estavam limitados às normas reguladoras da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT sendo pautados pelo conceito de saúde ocupacional, com foco na preservação da força de trabalho com um campo de intervenção restrito às atividades de assistência e fiscalização: perícias médicas, exames periódicos e prevenção de riscos e de acidentes de trabalho. Para os servidores públicos não havia nenhum tipo de regulação e instrumentos de proteção à saúde (MARTINS *et al.*, 2016, 1430).

“As primeiras medidas neste sentido surgem a partir do Regime Jurídico Único (RJU) e se traduzem em normas específicas de regulação, restritas às licenças médicas e aposentadorias por invalidez” (YINET *et al.*, 2016, p. 1430).

A constituição de 1988 traz conquistas sociais importantes, entre elas a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que universaliza o atendimento à saúde e o Regime Jurídico Único-RJU (Lei.8112/90) criando um novo arcabouço jurídico-institucional para o serviço público (MARTINS *et al.*, 2016).

A lei de número 8.112, de 11 de dezembro de 1990, é considerada o “Estatuto” do servidor público federal. Essa lei fala de todos os aspectos jurídicos relacionados à forma de ingresso no serviço público federal, requisitos para investidura no cargo, nomeação para férias, posse, transferências entre outras normas que devem ser seguidas pelo gestor.

Para ingressar no serviço público no Brasil, o candidato deve seguir as normas e requisitos solicitados no edital e ter obtido aprovação. Após a nomeação, o servidor irá atuar em âmbito institucional e terá um cargo público no qual deve desempenhar funções compatíveis descritas ao cargo que ele prestou o concurso. Segundo a lei 8.112/90 o cargo público é o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor (BRASIL, 1990).

Todo servidor público será remunerado pelos cofres públicos da união e terá vantagens como indenizações, gratificações e adicionais. Todas essas vantagens são incorporadas e analisadas pela instituição competente. Além disso, o trabalhador tem direito a proteção social durante sua atividade

laboral, que antes não existia na sua integralidade e totalidade como nos dias atuais.

A legislação básica que fundamenta o acesso dos servidores da união aos serviços de saúde dentro da Instituição Federal de Ensino Superior (IFES) está inscrita no artigo 230 da lei do servidor e trás o seguinte entendimento:

A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistênciamédica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento (BRASIL, 1990, p. 56).

Em uma tentativa de estruturar e regulamentar um sistema de proteção social para os servidores públicos, o Ministério do Planejamento instituiu, em 2006, o Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor Público - SISOSP (BRASIL, 2006). Vale ressaltar que o SISOSP foi criado inicialmente para os servidores civis, depois, universalizados para todos os servidores públicos federais.

No âmbito das Instituições federais de ensino Superior (IFES), citando, como exemplo, a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), foi criado no ano de 2006 através do decreto de número 5.961 de 13 de novembro de 2006, o Sistema integrado de saúde ocupacional do servidor público Federal (SISOSP) e que tinha como finalidade de uniformizar os processos metodológicos relacionados aos Recursos Humanos (RH) e a vida de saúde ocupacional do servidor público federal.

[...] A Coordenação de Seguridade e Benefícios do Servidor – COGSS/ SRH/MPOG foi responsável pela formulação e implementação do SISOSP a nível nacional, tendo como estratégia a realização de quatro projetos-piloto a serem realizados nos municípios: Rio de Janeiro, Brasília, Recife e Florianópolis. COGSS – é o nome da Unidade responsável pela Atenção à Saúde do Servidor Público Federal na estrutura da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MARTINS et al., 2016, P. 4).

Segundo o Artigo 2 do decreto 5.961/de 2006 são atribuições do SISOSP: realização dos exames médicos periódicos, realização de procedimentos médicos ambulatoriais relativos à doenças ocupacionais, gerenciamento de prontuários médicos de saúde ocupacional, assistência ao servidor acidentado, controle de riscos e agravos à saúde, avaliação de salubridade e periculosidade entre outros (BRASIL, 2006).

Este decreto foi estabelecido para todas IFES do país e tinha como única característica, oferecer assistências em saúde voltada apenas para perícias em saúde dos servidores públicos federais, deixando de lado princípios fundamentais de promoção da saúde e assistência em saúde para todos os servidores e seus dependentes.

A saúde integral do trabalhador é um direito social que o integra como um cidadão, e inclui ações de promoção, proteção, assistência em saúde irrestrita e recuperação do agravo ocasionado pela

atividade laboral. A política de saúde do trabalhador tem como objetivo uma visão ampla e integral do servidor e pressupõe uma abordagem centrada na pessoa com atuação intersetorial e multiprofissional. Para obter esse êxito, é necessário a participação do controle social de trabalhadores, pesquisadores, gestores, sindicatos e o governo federal, gerando um debate plural, articulado e decisivo.

Quando falamos em saúde do trabalhador do servidor federal, não podemos deixar de remeter às lutas de classe pela unificação do Sistema Único de Saúde (SUS) que foi instituído no Brasil através da carta magna cidadã: A constituição Federal de 1988.

Durante os anos de 1990 e 2000, houve um grande debate entre a sociedade civil, trabalhadores da saúde e gestores do SUS, acerca da criação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST), no SUS para normatizar e regulamentar a saúde ocupacional dos trabalhadores dos demais segmentos do país. A PNSST foi regulamentada através do decreto de número 7.602 de 07 de novembro de 2011, pela então Presidente em exercício Dilma Rousseff. Em 2012, é instituída a portaria de número 1.823, de 23 de agosto de 2012 que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, onde visa a saúde integral dos trabalhadores com foco na vigilância e redução de morbimortalidade ocasionada pela atividade laboral.

Aproveitando esse debate e sendo influenciado acerca da saúde ocupacional e do trabalhador, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG, junto com gestores de universidades, entidades sindicais e profissionais, criaram um grupo operacional tático para debater a saúde do servidor da união, precedida de um diagnóstico da saúde desses funcionários, realizado em todas as universidades públicas do Brasil. Após muito debate, foi criado através de decreto o SISOSP, no governo Lula, sendo ampliado para todos os servidores da união.

Como o SISOSP tinha uma atenção tradicional e focada apenas na saúde ocupacional, foi perceptível que o modelo vigente não supria as necessidades expostas por cada Estado, ficando vazios em alguns pilares da assistência ao trabalhador da união. Após vários encontros nos fóruns de discussão, o modelo SISOSP foi substituído pela UnidadeSubsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), em 2009, que tem como objetivo: coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional (BRASIL, 2009).

No âmbito das Políticas de Saúde, os princípios da integralidade, da universalidade, da equidade e da participação social, bases do SUS, fortalecem um novo modelo de saúde do trabalhador referenciado pelos conceitos de promoção, vigilância e participação em saúde, definidos como o conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilâncias epidemiológica e 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, 1990).

2 POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL (PASS)

A política de atenção à saúde do servidor foi instituída no ano de 2007 para concessão de direitos como propôs a lei do servidor vigente. Para que essa política fosse colocada em ação, os órgãos que compõem o Sistema de Pessoa Civil da Administração Federal (SIPESC) e os ministérios vinculados a esse eixo trabalharam em conjunto e deliberaram que cada instituição trabalhasse os eixos propostos nesta política com base nos seus entendimentos. Algumas instituições conseguiram implementar os eixos da PASS, já outros não desenvolveram sequer uma ação pontual.

Muitos esforços foram realizados pelo governo federal iniciando por liberação de recursos financeiros, estruturas físicas e organizacionais e critérios de perícias bem diferenciados, com potencialidades e dificuldades desconhecidas pelo conjunto da Administração Pública (BRASIL, 2009).

O maior desafio era de construir uma política transversal com os diferentes órgãos da Administração Pública Federal, com diretrizes centrais de natureza normatizadora, descentralizada e coletiva, isso só poderia acontecer por meio da gestão participativa dos atores envolvidos com foco na integralidade das ações (BRASIL, 2009).

Depois de muitos encontros em câmaras técnicas sobre saúde ocupacional e do trabalhador, reivindicações, desigualdade e experiências exitosas na implementação do SISOSP em quatro capitais brasileiras, tendo Recife como uma delas, o grupo resolve, em 2007, estruturar e compartilhar, de forma coletiva, a construção da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS). Tal criação foi sustentada por um sistema de informação sobre a saúde do servidor e criação de unidades físicas com garantia de recursos financeiros específicos para sua implementação final.

A criação da PASS, foi pontuada e embasada em um levantamento de dados por meio de instrumento de pesquisa, com o objetivo de conhecer os recursos humanos, materiais, técnicos, a infraestrutura e as atividades desenvolvidas nos serviços de saúde dos órgãos federais (BRASIL, 2009). Depois de realizar esse processo, a câmara técnica chegou ao objetivo central da política e a três eixos que norteiam as atividades dos servidores dentro do SIASS.

O documento final da PASS tem como objetivo oferecer a esses servidores, em particular gestores de pessoas e profissionais de saúde, um conjunto de parâmetros e diretrizes para nortear a elaboração de projetos e a consecução de ações de atenção à saúde do servidor (BRASIL, 2010).

Os eixos da PASS estão estruturados em perícias em saúde que comportam a legalidade da vida funcional do servidor, assistência em saúde do servidor e vigilância e promoção da saúde. São executadas por uma equipe multiprofissional e suas intervenções são baseadas em uma abordagem biopsicossocial, dados epidemiológicos, integração dos eixos e com conhecimentos transdisciplinares. Além disso, existe a avaliação do risco ocupacional nos setores no qual os servidores trabalham.

1.1 Perícias em Saúde

As iniciativas na área pericial visam à uniformização de procedimentos, transparência dos critériostécnicos, eficiência administrativa, humanização no atendimento, racionalidade de recursos, bem como ao apoio multidisciplinar e às relações com as áreas da assistência e da promoção à saúde. Uma perícia compromissada com o retorno ao trabalho e preservada pelos preceitos éticos da relação entre o perito e o periciado (BRASIL, 2009).

Perícia Oficial em Saúde é o ato administrativo que consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral, realizada na presença do servidor por médico ou cirurgião-dentista formalmente designado (BRASIL, 2010). Esse ato administrativo é importante na avaliação sistemática da saúde ocupacional dos servidores e na criação de intervenções baseadas em dados epidemiológicos desses afastamentos.

O decreto 7.003 de abril de 2009, diz que a junta oficial em saúde é realizada por três médicos ou cirurgiões dentistas. Já a perícia oficial singular em saúde, é realizada por apenas um profissional médico ou cirurgião dentista.

O perito oficial em saúde é o profissional médico ou cirurgião dentista que tem poder de periciar e subsidiar a Administração Pública Federal na formação legal de afastamentos com juízo de valor. É responsável pelo estabelecimento da correlação entre o estado mórbido e a capacidade laboral do servidor, assim como pelo nexo entre a morbidade e o trabalho. Tem o dever precípua de ajudar a fundamentar as decisões administrativas (UFCG, 2016).

A importância do médico perito e da medicina legal, sob diversos aspectos, é inquestionável: seja a partir das questões ligadas diretamente as perícias em processos ou em outros ramos do direito que precisem de interpretação médica jurídica, a sua ausência consistiria no colapso da concepção da boa justiça, o que poderia acarretar em erros judiciais, pois, a perícia em seu formato atual é fundamental na busca pela verdade dos fatos e que, conseqüentemente, são a alma da decisão judicial. Uma das áreas da saúde que tem o perito médico com papel de destaque é a saúde do trabalhador (ABDELAZIZ, 2018).

A introdução da Saúde do Trabalhador, no âmbito da perícia, tem sua maior representação na Previdência Social. Isso foi um avanço que possibilitou o entendimento e a intervenção sobre fatores que vão além do biológico no processo saúde-doença (PINTO JUNIOR, 2012).

A previdência social no Brasil é garantida pela constituição Federal de 1988 e para garantir os direitos do cidadão no campo da seguridade social, os constituintes estabeleceram normas para o seu financiamento, que está descrito no artigo 195 da constituição.

O campo da Saúde do Trabalhador vem sendo construído a mais de três décadas e possibilitou a expansão do olhar das Ciências da Saúde para além do biológico, quando realiza a análise de causas de adoecimento e de manutenção, possibilidades de promoção da saúde e prevenção de agravos a partir de situações sociais, ambientais, econômicas, políticas e, principalmente, trabalhistas (LACAZ, 1994).

O servidor da união que necessite realizar perícias em saúde, não deverá procurar Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), pelo contrário, ele tem um atendimento diferenciado em sua perícia, deverá procurar uma unidade SIASS pelo Brasil e agendar sua perícia com o médico perito que é funcionário desta unidade. Todo o trâmite de licença saúde, afastamento, validação de atestado médico deve passar pelo SIASS e evoluído no Subsistema SIASS (BRASIL, 2014).

Atualmente, existe implementado nos SIASS um modelo de avaliação para as perícias em saúde com capacidade laboral e que transcende o aspecto da legalidade e do controle (BRASIL, 2010). Este modelo visa buscar aproximação da perícia com o mundo moderno do trabalho no qual está inserido o servidor da união. A avaliação pericial não é concentrada apenas no médico e sim em uma equipe composta por vários profissionais para integrar as diversas faces que compõem uma perícia (BRASIL, 2017).

No ato pericial, a questão ética é tratada de forma singular, mediante o sigilo profissional e a humanização nas relações estabelecidas entre o perito, assistente, servidor e administração. Contudo, o resultado da perícia é fundamental para a operacionalização da garantia do direito do periciado.

As perícias em saúde não é apenas a parte legal do servidor ou só gerar dados para o Subsistema SIASS, ela tem uma importância na criação de indicadores, entender o processo de adoecimento, gerar intervenções necessárias para melhorar a qualidade de vida do servidor e promover saúde.

[...]A existência de regras claras e de critérios transparentes são requisitos essenciais ao Estado de Direito. O cumprimento da legislação e o funcionamento harmônico da gestão de concessões de benefícios, de que trata o Regime Jurídico dos Servidores, evita desconfiças, conflitos e perdas para todas as partes – periciados, peritos e Administração Pública Federal [...] (BRASIL, 2010, p. 9).

Para qualquer afastamento, licenças, remoções, aposentadorias, readaptações e afins ligados à atividade laboral são de extrema importância para que o servidor procure o serviço do SIASS da sua instituição para validação das informações e do ato (BRASIL, 2014).

1.2 Assistência à Saúde do Servidor

A assistência à saúde do servidor público federal é realizada através de equipes multiprofissionais compostas por várias especialidades, com visão holística de promover, proteger e recuperar o estado de saúde do servidor em consonância com os princípios doutrinários e diretrizes propostas pelo sistema único de saúde.

O serviço de saúde oferecido deve estar articulado com as redes de saúde, laboratórios e hospitais para possíveis referências. A integralidade do servidor deve ser assistida, principalmente quando este necessita de um maior suporte do serviço de saúde por ter doenças laborais.

Na elaboração do PASS em 2009, o comitê resolveu utilizar a nomenclatura “assistência terapêutica” para todas as atividades relacionadas à assistência à saúde desse servidor. O Artigo 3 da PASS diz que a assistência terapêutica é o conjunto de práticas com foco no atendimento às

necessidades e expectativas de saúde dos servidores, a partir de diferentes modalidades de atenção direta, realizadas por equipe multiprofissional (BRASIL, 2009).

Para estabelecer essa assistência terapêutica, é necessário dizer que as ações desenvolvidas pelos SIASS não são engessadas e também não seguem uma regra nacional estabelecida pelo PASS ou MPOG. Os SIASS espalhados pelo Brasil podem utilizar as diretrizes propostas pela Política Nacional da Atenção Básica – 2017 (PNAB) e trabalhar com *territorialização* e *adscrição* dos seus serviços.

Segundo a PNAB – 2017, os conceitos de território e adscrição é:

[...] permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a [...] (BRASIL, 2017, p. 6).

Remetendo ao art. 3 da PASS, alguns incisos são estabelecidos para que os gestores possam desenvolver suas atividades sempre articulando com os serviços e aparelhos de saúde da administração pública federal (APF), valorizar os serviços assistenciais já existentes, priorizar a atenção psicossocial por meio de uma equipe multiprofissional e atendimentos em grupo, realizar atendimentos individuais e coletivos nas especialidades oferecidas, entre outras atribuições (BRASIL, 2017).

Os serviços do Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor - NASS já implementados no país devem também realizar visitas domiciliares (VD) aos seus servidores e dependentes para entender seu contexto social, psicológico e familiar. A importância da VD é não deixar que o servidor acamado ou com alguma dificuldade de locomoção deixe de ser atendido pelo serviço.

Além da criação do NASS e do sistema único de saúde (SUS), os servidores públicos federais contam com a participação da saúde suplementar (planos privados de saúde) para complementar a assistência à saúde disponibilizada pelas IFES.

O benefício da saúde suplementar está normatizado pela Portaria Normativa da Secretaria de Recursos Humanos (SRH) número 1, de 27 de dezembro de 2007, que torna obrigatórias as operadoras de planos de saúde a cobertura mínima do rol de procedimentos em saúde da Agência Nacional de Saúde (ANS) e a oferta de planos com coberturas e redes credenciadas diferenciadas (BRASIL, 2009).

Os planos de saúde aos beneficiários dos órgãos e entidades do SIPEC contemplarão a assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2007, p. 2).

O custeio da saúde suplementar é pago pelos cofres da união, de suas autarquias e fundações, tendo um valor limite financeiro de repasse para o servidor público federal. Este valor limite é estabelecido pelo MPOG, é condicionado à disponibilidade orçamentária de servidores.

A Portaria de número 8, de 13 de janeiro de 2016, diz que os procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC), relativos à participação da União no custeio da assistência à saúde suplementar do servidor e demais beneficiários de que trata a Portaria Normativa SRH nº 5, de 11 de outubro de 2010, deverão observar, a partir de 1º de janeiro de 2016, os valores *per capita* (BRASIL, 2016).

Quando não era estabelecido os valores de custeio para os servidores da união, as IFES adotavam critérios institucionais para realizarem esse repasse aos seus servidores. Com a criação da PASS e um maior rol de serviços assistenciais de saúde dentro dos SIASS, estabeleceu um valor fixo para repasse de custo mensal da saúde suplementar, normatizando regras para o repasse.

O valor de repasse para cada servidor utiliza um princípio doutrinário muito utilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS): a “Equidade”. Em um país desigual como o Brasil, oferecer mais a quem necessita de veras, é um pequeno passo para um olhar singular de um problema maior.

2.3 Vigilância e Promoção da Saúde

Todos os serviços de saúde devem ter sua vigilância em saúde e promover saúde em âmbito institucional. A atuação da vigilância em saúde vai além de notificar agravos e gerar dados epidemiológicos, ela proporciona um planejamento mais assertivo, intervenções com foco no problema, criação de protocolos, articulação intersetorial, análise de situação de saúde, ações de promoção da saúde. O campo da vigilância é vasto.

Para Brasil (2018, p. 2):

A vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação.

Considerado a promoção da saúde, em 1986 houve a primeira conferência internacional falando sobre “promoção da saúde” em Ottawa, no Canadá. O objetivo maior desta conferência era melhorar a saúde pública no mundo com o slogan “*Saúde Para todos nos Anos 2000*”. Lá, elaboraram o conceito de Promoção de Saúde que é seguido por todos os serviços de saúde no mundo, sendo eixo da PASS e trabalhado por todas as unidades SIASS.

O conceito de Promoção de Saúde é:

[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um

conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OTTAWA, 1986, p.1).

“Executar ações de vigilância e de promoção à saúde, que alterem ambientes e processos de trabalho e produzam impactos positivos sobre a saúde dos servidores federais constitui o grande desafio da política de atenção à saúde do servidor” (BRASIL, 2009, p. 6).

Para sanar esse desafio, houve obrigatoriedade do exame médico periódico para todos os servidores públicos federais (Decreto no 6.856/2009) é parte das iniciativas para o acompanhamento da saúde dos servidores e tem como objetivo a prevenção dos agravos instalados e a promoção da saúde (BRASIL, 2009). O exame permite avaliar a condição de saúde dos servidores e detectar precocemente doenças relacionadas ou não ao trabalho, por meio dos exames clínicos e avaliações laboratoriais gerais e específicas com base nos riscos (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos, psicossociais, entre outros) a que estão expostos os servidores nas diversas atividades exercidas (BRASIL, 2010).

Outro desafio para ajudar a unir vigilância e promoção da saúde, é a criação de um sistema de vigilância epidemiológica, para que armazene dados da saúde ocupacional do servidor, ações de promoção e intervenções no processo de trabalho dos servidores, priorizando a realidade do território.

Mediante esses desafios, foi criado e implementado nas unidades SIASS o Sistema Nacional de Informações em Saúde do Servidor (SINAISS) e o Sistema Integrado de Administração de Pessoas (SIAP) – Saúde que são sistemas de banco de dados computacionais onde são inseridas informações de perícias em saúde, exames periódicos e promoção à saúde do servidor público federal. Só podem ter acesso ao sistema os servidores habilitados pelos núcleos SIASS.

3 MARCO LEGAL DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL (PASS): UMA ANÁLISE DO TEMPO NAS PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES

A Assembleia Constituinte deu início aos trabalhos em 1987 e teve como membros os congressistas do Congresso Nacional. Após um árduo trabalho que começou do zero e gerou infinitas discussões, em julho de 1988, fica pronta a Constituição da República Federativa do Brasil (PEREIRA, 2014).

A Carta Magna trouxe garantias fundamentais e temia o reencontro com o período tenebroso o qual se encerrava, assim, tratou de proteger o cidadão, conferindo liberdade de expressão e a inafastabilidade do judiciário, vedou os tribunais de exceção. Garantiu a proteção à ordem econômica e financeira, a valorização do trabalho humano e a livre iniciativa. Assegurou a propriedade e sua função social, a educação, a saúde, o lazer e a dignidade da pessoa humana (PEREIRA, 2014, p. 26).

Os direitos sociais no aspecto da saúde estão escritos no artigo 196 até o 200. O artigo 196 diz que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.127).

Ao citar o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (CF), pela primeira vez estamos dizendo que agora o Estado brasileiro deve fornecer saúde ao seu povo, sem privilégios, estabelecendo participação no financiamento da saúde através da União, Estados e Municípios.

A saúde do trabalhador brasileiro ganha destaque na CF de 1988 no artigo 200 que fala das competências do sistema único de saúde, dentre elas executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica e saúde do trabalhador, com a lei 8.080/90 que descreve o conceito de saúde do trabalhador além de trazer como objetivo do SUS e por fim, da lei 8.112/90 fundamente o acesso do trabalhador à saúde pública.

E sustentada nessas legislações que a política de saúde do trabalhador e do trabalhador público federal ganham uma política específica para atuação do gestor público.

Consoante Gomes, Vasconcelos e Machados (2018, p. 1964), a saúde do trabalhador configura-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares - técnicos, sociais, políticos e humanos -, multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos.

A lei 8.112/1190 dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas. Além de ser considerado o Estatuto do servidor, está assegura que o servidor público tenha acesso aos serviços de saúde, seja no SUS, seja nos SIASS pelo país

ou através da saúde suplementar com uma participação através de custeio para o servidor (Ativo ou Inativo) e seus dependentes.

O Estatuto também garante que caso seja solicitada alguma perícia, avaliação ou inspeção médica o serviço de saúde do SIASS deverá realizar, caso não consiga por motivos de força maior, deverá solicitar um suporte do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Obtendo negativa do INSS, poderá contratar terceiros para este fim, indiciando nomes e especialidades dos seus integrantes, com comprovada experiência e que não estejam respondendo processo disciplinar no seu respectivo conselho de classe.

No ano de 2006, é criado o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP), que tinha como finalidade de uniformizar os processos metodológicos, administrativos e sanitários na área de recursos humanos e promover a saúde ocupacional do servidor. Este decreto foi revogado em 2009, pelo decreto número 6.833 de 2009 que institui no âmbito do MPOG o subsistema integrado de Atenção à saúde do Servidor Público Federal – SIASS (integrante do sistema de Pessoal Civil da Administração Pública) e o Comitê Gestor de Atenção à saúde do servidor.

O objetivo do SIASS segundo Brasil (2009, p. 01) é 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.

Em dezembro de 2007, a comissão frente a construção da PASS estabelece um compromisso em debater, construir e implementar uma política que tenha como base um sistema informatizado para a saúde do servidor, um amparo legal, rede de unidades e serviços e a garantia de recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos (BRASIL, 2009).

Em 2009 além da criação do SIASS, houve uma revogação do artigo 206-A da lei 8.112/90 (RJU), através do decreto de número 6.856/2009 que estabelecia a realização dos exames periódicos para preservação da saúde dos servidores em virtude dos riscos que estes eram expostos. Além disso, dá outras providências sobre o intervalo de tempo em que os exames periódicos devem ser feitos.

Portaria Normativa SRH nº3, de 15 de setembro de 2009, regulamenta o benefício da saúde suplementar, obriga as operadoras de planos de saúde a oferecerem a cobertura mínima do rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS), exige a oferta de planos com coberturas e redes credenciadas diferenciadas e permite o pagamento do benefício por ressarcimento para os servidores que optarem por plano diferente do estabelecido pelo órgão. A Portaria Conjunta SRH/SOF nº1, de 29 de dezembro de 2009, estabelece os valores dos benefícios da saúde suplementar relacionando idade e remuneração.

Sobre o eixo da vigilância, foi publicada a portaria de número de 03 de 07 de maio de 2010 e vem estabelecer orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS) para os órgãos e entidades do Sistema de Pessoa Civil da Administração Pública Federal – SIPEC (BRASIL, 2010). Tinha como objetivo central definir estratégias para implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor.

O manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal foi instituído pela portaria Secretaria de Recursos Humanos nº 797 de março de 2010. Esta portaria institui o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, que estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC) sobre os procedimentos a serem observados quando da aplicação da Perícia Oficial em Saúde de que trata a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (BRASIL, 2010). O Segundo manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal foi publicado pela Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações do Trabalho e Ministério do Planejamento (SEGRT/MP), portaria de nº 235 de dezembro de 2014. Já o terceiro manual, foi uma revisão feita pelo SEGRT/MP com portaria de número 19 de abril de 2017.

O marco histórico da promoção da saúde aconteceu no ano de 2013 com a publicação da portaria normativa de número 3 de 25 de março de 2013. Esta portaria visa orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC). No seu artigo 4, o texto diz que:

As ações de promoção da saúde têm como finalidade a melhoria dos ambientes, da organização e do processo de trabalho, de modo a ampliar a conscientização, a responsabilidade e a autonomia dos servidores, em consonância com os esforços governamentais de construção de uma cultura de valorização da saúde para redução da morbimortalidade, por meio de hábitos saudáveis de vida e de trabalho (BRASIL, 2013, p. 01).

Com a portaria de nº 7.729 de agosto de 2018, o Secretário do SEGRT/MP resolve instituir no âmbito da Secretaria de Gestão de Pessoas, o Grupo de Trabalho - SIASS/INSS/SGP, com a finalidade de elaborar proposta de projeto piloto de Unidade do Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) em Brasília/DF, que concilie as especificidades do INSS aos pressupostos do SIASS e da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal – PASS (BRASIL, 2018). Esse grupo teve duração de 180 dias.

4 AVALIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

4.1 Políticas Públicas

Na construção do conceito, autores como Laswell (1956), Simon (1957), Lindblom (1959), Easton (1965), Dye (1984), são exemplos de teóricos clássicos que deixaram sua marca na epistemologia da Ciência Política, com a finalidade de conceituar e analisar as políticas públicas (SANTIAGO, 2020).

As políticas públicas (PP) têm como função a resolução sobre problemas que aparecem na sociedade e precisam de uma resposta eficiente e regulação do Estado. Mediante as problemáticas, o Estado é reconhecido como o “ator” que deve assumir os problemas, debater e posteriormente devolver a resposta em forma de política pública, usando ferramentas de gestão e que venha a melhorar a vida das pessoas e da sociedade. Para que tudo isso aconteça, o Estado possui um corpo técnico que se utilizam de ferramentas teóricas para inserir as problemáticas que vão surgindo e precisam de respostas, sejam elas urgentes ou não.

Para o problema entrar na agenda e se tornar uma PP é necessário um *lobby* da mídia, da sociedade ou que seja interesse dos agentes públicos para se promover, resolver ou até mesmo promessas de campanha. Ressaltamos que nem todo problema que entra na agenda se tornar uma PP ou é colocada em prática. Existem vários fatores internos e externos que podem interferir nessas decisões.

Simon (1957) apresentou o conceito de *policymakers*, compreendido como estruturas (conjunto de regras e incentivos) de racionalidade limitada dos decisores públicos. Estabeleceu um arcabouço teórico-prático que dava suporte às ações dos tomadores de decisão, que deveriam ser racionais, fruto de ações políticas.

A definição de Política Pública segundo Howlett; Rasmesh é:

um conjunto de decisões inter-relacionadas adotadas por atores políticos ou grupo de atores voltados para a seleção de objetivos e meios para alcançá-los dentro de uma específica situação onde aquelas decisões devem, em princípio, estarem ao alcance do poder daqueles atores (2003, p. 06, apud OLIVEIRA, 2016, p. 885)

Não existe um único conceito nem o melhor que defina exatamente as políticas públicas, as quais sofrem influências e preferências político-social. Ao longo das décadas o conceito foi ressignificado e revisitado (SANTIAGO, 2020). A escolha conceitual nunca é neutra. Dye (1984) nos oferece uma síntese do conceito de políticas públicas: o que o governo faz ou escolhe não fazer; em que a não decisão também é uma decisão.

Gianezini *et al.* (2017), mostra que para conceituar política é necessário quatro pilares: a sede institucional como sendo o Estado, a ideia do mecanismo de funcionamento em forma de ação coletiva, na qual a expressão da vontade popular acontece por meio de organizações coletivas, a política possui a vontade de mudança social e, por fim, a política seria algo racional. Ou seja, remete a discussão baseada em argumentos, segue figura 1.

Figura 1 - Pilares da Política



Fonte: GIANEZINI, 2017.

Sobre a racionalidade citada por Simon (1957), Lindblom(1959) questiona o uso da projeção dada ao racionalismo, sendo acrescentadas modificações relacionadas ao poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório. Paralelamente, o papel das eleições, das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesse passou a ser considerado(SOUZA, 2006).

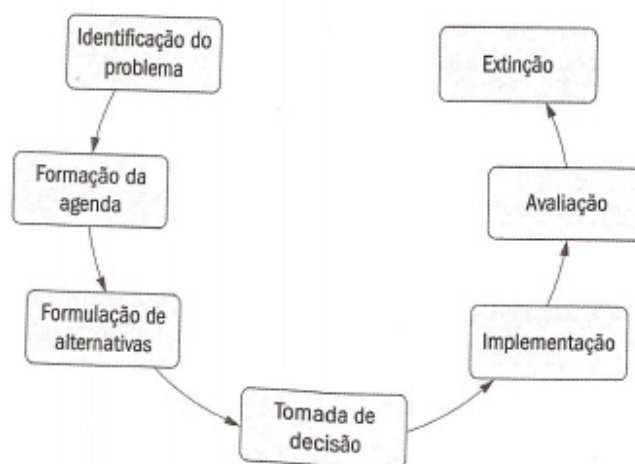
As políticas públicas são então discutidas e estudadas enquanto um sistema que recebe *inputs* dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, e que, por sua vez, influenciam seus resultados, efeitos e todo o processos decisório pós implementação(EASTON, 1965).

O ciclo das políticas públicas nem sempre se inicia de um problema, tudo depende dos acontecimentos, objetivos e qual a situação que fazem criar políticas públicas. No Brasil, muitas políticas públicas nascem por interesses privados, de baixa legitimidade dos que formulam, ou até mesmo promessas de campanha (SECCHI, 2010).

Toda PP tem um processo de formação de longo e médio prazo, consiste em fases e reconhecimento de um problema público e que deve ser resolvido pelo Estado. Essas fases são conhecidas como "ciclo de políticas públicas" e divididas em cinco fases.

O processo de elaboração de políticas públicas (*policy – making process*), também é conhecido como uma fase do ciclo de políticas públicas (*polycycle*) (SECCHI, 2017). O ciclo de políticas públicas (PP) é um esquema de visualização que organiza a vida de uma política pública em fases interdependentes. As fases são: identificação do problema, formação de agenda, formação de alternativa, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção, conforme figura 2 (SECCHI, 2018).

Figura 2 - Ciclo de Políticas



Fonte: SECCHI, 2018.

Santiago (2020) criou um quadro (quadro1) explicativo sobre a fase do ciclo de políticas e que conceitua cada fase de forma conceitual e citando suas características. Ademais, é importante esclarecer que este trabalho irá analisar a fase da implementação de uma política pública através de uma outra fase do ciclo, a avaliação.

Quadro 1 - Fases do Ciclo de Política Pública

FASES	CONCEITO E CARACTERISTICA
Problema	A primeira providência na construção de toda políticapública é identificar um problema. Pressupõemudança do <i>status quo</i> . Um problema público visa mitigar uma realidade que causa insatisfação em um grupo ou que afete um direito, através da intervençãopolítica, com participação do Estado, de organizações privadas ou não governamentais.
Agenda	Para entrar na agenda, é necessário que o problema entre no rol de prioridades de atuação, geralmente governamental. A agenda pode tomar forma de um programa de governo, planejamento orçamentário, estatuto partidário ou matérias, notícias da mídia. Em determinados momentos, em dada conjuntura, são abertas as janelas de oportunidades (<i>policywindows</i>), a partir da qual são possibilitados que os fluxos políticos e de problemas entrem ou não na agenda.
Formulação	Ao dispor das alternativas, os <i>policymakers</i> estabelecem o que será abordado ou contemplado dentro de um problema (preferências e interesses). A formulação (de alternativas) vai dispor dos objetivos e estratégias, além das consequências de cada uma das alternativas de questão.
Tomada de decisão	No processo de elaboração da política, a tomada de decisões vem após essa adoção de medidas. É o momento em que os interesses dos atores são equacionados e as intenções no enfrentamento do problema públicosão apresentados. Confronta-se com sua complexidade para sua efetivação.
Implementação	A implementação é a fase de concretização das intençõespolíticas. É a execução da estrutura e do modo de funcionamento de um sistema político-institucional. É a produção dos <i>outputs</i> , o resultado da combinação das escolhas anteriores. As organizações de serviçosão os principais instrumentos de implementação de políticas.
Avaliação	Nem sempre por fim, permeando o ciclo de políticaspúblicas, temos a fase de avaliação. Consiste no processo de julgamentos sobre a validade das propostas para a açãopública, bem como o sucesso ou fracasso dos projetos na prática. Momento-chave para o feedback sobre as fases antecedentes.

Fonte: SANTIAGO, 2020.

Neste ciclo de PP, iremos trazer o foco na fase da implementação que é o momento em que o planejamento irá se tornar realidade, será colocado em prática. Este momento depende fortemente da ação de burocratas e dos instrumentos de ação estatal. Falaremos mais detidamente sobre essas análises adiante, mas, de forma sintética, elas buscam compreender as diferenças entre o que foi formulado e o que foi executado e o papel que os diferentes agentes tiveram nesse processo de transformação das políticas públicas (LOTTA, 2019).

4.2 Implementação de Política Pública

Estudos sobre implementação ganharam destaque após estudo seminal de Pressman e Wildasky (1973). Os autores afirmam que a implementação não é exatamente o resultado de problemas técnicos ou administrativos, mas uma rede complexa de elementos políticos que frustram os melhores planejamentos. Até então a implementação era considerada, nos Estados Unidos, como o elo perdido (*missing link*) da investigação acerca do processo de produção das políticas públicas (HILL; HUPE, 2002, p. 18 *apud* COFRÉ; SILVA, 2017, p. 27).

Os estudos sobre implementação de políticas públicas podem ser situados como uma vertente do campo de análise de políticas públicas que busca olhar para o momento específico da materialização ou concretização das políticas. Esses estudos têm como ponto de partida a ideia de que as políticas públicas podem ser analisadas como um ciclo que perpassa diferentes fases: agenda, formulação, implementação e avaliação. Esse ciclo não condiz necessariamente com a realidade, mas é um relevante instrumento analítico para entendermos os processos decisórios que fazem parte das políticas públicas (SOUZA, 2006).

Secchi (2017) fala da importância de estudar esta fase da política e visualizar, através de esquemas analíticos mais estruturados, os obstáculos e falhas tanto do processo de execução quanto na identificação dos problemas, alternativas e tomadas de decisões.

O campo de estudos de implementação de políticas públicas está fortemente atrelado às necessidades de desenvolvimento de melhorias nos processos político administrativos, que permitam o incremento das atividades implementadoras (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Desde que entraram na agenda, os estudos sobre implementação de políticas públicas vem aumentando de forma gradual no Brasil e no mundo. Em uma pesquisa rápida nos sites de pesquisa acadêmica na internet, encontramos milhares de referências utilizando palavras chaves de “implementação de políticas públicas” (LOTTA, 2019). Porém, muitos desses estudos apenas se utilizam só do termo “análise da implementação”, utilizando-se apenas da palavra trazendo um discurso raso e sem fundamentação do que de fato é a implementação.

A história dos estudos de implementação se divide em quatro gerações, com objetivos diferentes e todos baseados na tomada de decisões da implementação da política pública. A primeira geração foi criada em 1970, originada no modelo norte americano e com tradição Weberiana. Nessa geração as decisões legítimas do Estado deveriam ser tomadas por políticos eleitos democraticamente e seu olhar para o processo de implementação era o de análise *TOP DOWN*, de cima para baixo. O

foco dessa geração era encontrar os erros de implementação e corrigi-las e ver a legitimidade da decisão.

Entre os anos de 1970 e 1980, surge a segunda geração mostrando que a implementação não é falha e que as políticas públicas são compostas de vários processos múltiplos com atividades contínuas e que exigem tomada de decisões. Nesta geração o processo de implementação ocorre de forma *BOTTOM UP* (de baixo para cima), compreender de fato como a política é, com foco no que realmente acontece e sem preocupação com a legitimidade e conformidade.

A terceira geração é conhecida nos anos de 1990 e são modelos sintéticos de análise de implementação. Um dos exemplos desse modelo é o *ADVOCACY COALITION FRAMEWORK* (Sabatier), que compreende processos decisórios a partir das coalizões.

A quarta geração foi criada em 2010 e com modelos brasileiros. Um desses modelos, mostram o processo de múltiplos modelos com um foco inicial nos estudos de burocracia e organização e posteriormente capacidades estatais, arranjos institucionais e instrumentos.

Sobre os pressupostos de estudos de implementação, temos dois tipos: O primeiro é a ideia de que formulação e implementação não são fases distintas, mas sim processos decisórios contínuos que perpassam diferentes atores no que podemos chamar de cadeia decisória (LOTTA, 2019). “As políticas públicas são constituídas por diversas camadas decisórias – às vezes hierárquicas, às vezes paralelas. Essas camadas são compostas por atores responsáveis por decidirem temas ou questões distintas ao longo das políticas públicas” (HILL; HUPE, 2003, apud LOTTA, 2019, p.18). Dessa forma, não é correto afirmar que existe uma separação entre quem formula e quem decide, e sim de quem decide com quem e sobre o que irão decidir, e se são passíveis de questionamentos para alteração e uma nova tomada de decisão.

O segundo pressuposto é que os processos decisórios são complexos. Segundo Hupe e Hill (2003), propõem uma separação para entender essa complexidade. Os autores diferenciam os processos de decisões *multi-layering* (múltiplas camadas) e *multi-level* (múltiplos níveis). O processo de decisão de múltiplas camadas envolve várias camadas com “mandato” para decisão. Já o de múltiplos níveis o processo de tomada de decisão ocorre de forma hierárquica (LOTTA, 2019).

O modelo de implementação utilizado para avaliação da política proposta por esse estudo foi da primeira geração, análise *TOP DOWN* (cima para baixo), proposta pelo modelo norte americano e com tradição Weberiana.

4.3 Avaliação de Política Pública

No início das décadas de 1980 e 1990, o tema avaliação de políticas públicas foi assentada a serviço do Estado para suas reformas. Essa avaliação, era essencial para melhorar o que o Estado estava ofertando ao seu público (ALA-HAJA; HELGASON 2000). Se tem um consenso na questão proposta pelo autor, existe uma diversidade de como se pensar a evolução da atenção ofertada à pesquisa avaliativa desde o começo de sua implementação até a expansão da avaliação de políticas e programas públicos, ocorrido nos Estados Unidos da América na década de 1960 (FARIA, 2005).

Para Ala-Haja e Helgason (2000), a avaliação de programa pode ser definida como uma análise sistemática de aspectos importantes de um programa e seu valor, visando fornecer resultados confiáveis e utilizáveis.

Falando um pouco da história da avaliação de políticas públicas, os autores Shadish, Cook and Leviton (1991) descrevem e analisam sete teorias da avaliação que foram construídas entre 1965 e 1990 por sete acadêmicos de diferentes campos do conhecimento que se dedicaram ao campo teórico e prático da avaliação de políticas. Esses teóricos e suas abordagens são organizados em 3 estágios de evolução, conforme o quadro 2.

Quadro 2 - Estágios de evolução da Teoria da Avaliação segundo Shadish, Cook e Leviton (1991)

Estágio	Teóricos	Perspectiva Teórica	Ênfase
1960s – “Trazer a verdade científica para a solução de problemas sociais”	Michael S. Scriven Donald T. Campbell	Avaliação como ciência da valoração da ação (com base em fatos, não em opiniões) Metodologista da “Sociedade Experimental”.	Busca da verdade científica a respeito da efetividade das soluções para os problemas sociais.
1970s – “Gerar alternativas enfatizando o uso e o pragmatismo”	Carol H Weiss Joseph S. Wholey Robert E. Stake	Vinculação da avaliação com a pesquisa em políticas públicas. Avaliação para o aperfeiçoamento dos programas Avaliação responsiva e métodos qualitativos	Entender como as organizações do setor público e seus tomadores de decisão operam de modo a oferecer alternativas úteis do ponto de vista político e social para a apropriação do conhecimento avaliativo (<i>uso</i>) visando à melhoria do desempenho das organizações e de suas ações.
1980-90 – “Tentar integrar o passado”	Lee J. Cronbach Peter H. Rossi	Desenho funcional da avaliação para um mundo sujeito à acomodação política Avaliação global (desenho, implementação e utilidade), customizada e com base na teoria do programa.	Integrar diferentes perspectivas teóricas anteriores de modo a reconhecer a legitimidade de diferentes abordagens em função das circunstâncias e propósitos da avaliação.

Fonte: SIMÕES, 2018.

Em 1991, os autores já citados, escreveram o livro *Foundations of Program Evaluation* que abordavam a história da avaliação de políticas públicas com foco na análise e evolução, conhecido no Brasil como “Teoria da Avaliação”.

Quando observamos o terceiro estágio, percebemos a influência dos *stakeholder* na relevância da avaliação, no tipo de conhecimento e nas necessidades apontadas por eles quanto ao programa ou política avaliada.

Para Rossi, Lipsey e Freeman (2004, *apud* LIMA; MENDES, 2020, p. 202), avaliação de políticas, também auxilia no processo decisório dos gestores, no que tange à identificação dos aspectos confirmatórios, possíveis problemas, ajustes, continuidade e/ou encerramento dos programas e políticas públicas.

Bechelaine e Ckagnazaroff (2013) ressaltam que o uso das avaliações perpassa o diagnóstico dos problemas e as possíveis soluções, avaliar pode sinalizar para mudanças e melhorias às políticas.

Porém, Arretche (1998) lembra que todo processo de avaliação está cercado de julgamento, valores, opiniões, aprovação ou reprovação do que está sendo avaliado, a contar de uma concepção de justiça, seja ela implícita ou explícita. Para sanar esses julgamentos, é indispensável que quem esteja avaliando, possua instrumentos adequados para que a avaliação seja justa, sem influências ou interferências do avaliador.

A avaliação de programas e políticas encontra diferentes formas de classificação na literatura a depender da perspectiva que se adota (SIMÕES, 2018). No quadro 3, iremos resumir a classificação e o tipo de avaliação a que ela se propõe.

Quadro 3 - Classificação e tipos de Avaliação

Quanto ao tempo (quando se avalia) 	<i>EX-ANTE</i>	<i>EX-POST</i>	—
	Realizada antes da implementação do programa	Realizada sobre programas em implementação ou concluídos	
Quanto a quem avalia (posição do avaliador) 	<i>INTERNA</i>	<i>EXTERNA</i>	—
	Atividades internas destinadas ao acompanhamento e monitoramento do programa	Realizada por alguém externo à instituição gestora	
Quanto à finalidade (para que se avalia) 	<i>DIAGNÓSTICA</i>	<i>FORMATIVA</i>	<i>SOMATIVA</i>
	Realizada <i>a priori</i> , analisando o plano e o conceito da política	Acompanha o desempenho do programa para aprimorá-lo	Exame e análise de objetivos, impacto e resultados.
Quanto ao objeto (o que se avalia) 	<i>PROCESSO</i>	<i>RESULTADOS</i>	<i>IMPACTOS</i>
	É realizado durante a implementação. Concentra-se no desenho, nas características organizacionais em que o programa se organiza	Avalia se o quanto e a qualidade em que os objetivos foram alcançados	Avalia os efeitos dos resultados da política

Fonte: SANTIAGO, 2020.

5 SAÚDE COLETIVA E POLÍTICAS DE SAÚDE

Burlandy e Bodstein (1998) afirmam que a formação da Saúde Coletiva enquanto um campo científico envolve tanto a consolidação de uma rede de instituições de pesquisa e ensino quanto a construção de uma base conceitual-metodológica que fundamenta as investigações e confere identidade teórico/temática a sua produção. “Este processo é determinado por motivações de cunho fundamentalmente intelectual/científico dos agentes envolvidos e por fatores referentes à dimensão político-social que os situa” (BURLANDY; BODSTEIN, 198, p. 544)

Para Paim e Filho (1998), pode-se entender a saúde coletiva como campo científico onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto “saúde” e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, pelo qual se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como “setor saúde”.

A maioria dos fundadores da saúde coletiva teve participação atuante nas lutas pela democratização do país e contribuiu para a construção de um movimento com ampla participação social, que foi a Reforma Sanitária brasileira (LIGIA, 2015).

A saúde coletiva foi constituída principalmente no interior do campo científico, porém com grande interseção com os campos político e burocrático. Durante os anos 1970, principalmente nos municípios onde havia liberdade relativa de atuação decorrente da progressiva ocupação de espaços de governo pelos partidos de oposição, desenvolveram-se algumas experiências de organização dos serviços de saúde, em que foram atuar egressos dos programas de residência em medicina preventiva e social e dos cursos de saúde pública (LIGIA, 2015).

O espaço da saúde coletiva brasileira surge, assim, como o produto do encontro de um conjunto de agentes com trajetórias diferenciadas no que diz respeito o percurso, duração e posicionamento nos campos científico, burocrático, político e do poder. Porém, com interseções e entrelaçamentos que criaram uma ordem independente de cada um deles individualmente – uma rede de relações de instituições específicas representativas, como a Associação brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); políticas, como Centro brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), e acadêmicas, como os programas de pós-graduação, os núcleos de saúde coletiva e os departamentos de medicina preventiva e social das universidades (LIGIA, 2015).

As políticas públicas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente devem ser permanentes (LUCCHESI, 2004, p. 3).

Neste sentido, a saúde coletiva tem muito para oferecer. A saúde coletiva não só foca na criação da política, mas também em todo o seu processo de acesso e garantia mediante as diretrizes do sistema único de saúde. O primeiro passo é levantar dados epidemiológicos (estudo de prevalência), apresentar esses dados para a comunidade acadêmica e colocar em pauta para discussões, criar

estratégias setoriais e Intersetoriais para ajudar na promoção e prevenção do efeito e causa, colocar em prática todo o material produzido, colher os resultados e reavaliar.

As políticas públicas de saúde para Lucchese (2004, p. 13) “correspondem a todas as ações de governo que regulam e organizam as funções públicas do Estado para o ordenamento setorial”. Essas ações referem-se tanto a atividades governamentais executadas diretamente pelo aparato estatal quanto àquelas relacionadas à regulação de atividades realizadas por agentes econômicos. Tais atividades configuram uma agenda bastante vasta de temas, que expressam não apenas o leque e a abrangência dos problemas que exigem solução política, mas principalmente os anseios da sociedade e o contexto e os resultados da disputa entre os diferentes atores sociais (LUCCHESE, 2004, p. 11).

Os princípios e as diretrizes estabelecidos para a organização das ações e serviços concorreram para mudanças políticas e institucionais significativas, que vem estruturando desde então um único sistema público, com gestão descentralizada, para o atendimento gratuito a todo e qualquer cidadão, por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada no território nacional, com direção única em cada esfera de governo, sem a exigência de contribuição financeira prévia à previdência social (LUCCHESE, 2004).

6 BUROCRACIA E BUROCRATAS NÍVEL DE RUA

6.1 Burocracia

Os estudos sobre burocracia ganham força com a publicação do livro *Burocracia Nível de Rua: dilemas no indivíduo nos serviços públicos*, em 1980, do autor Michael Lipsky. Nele, o autor trabalha a importância dos burocratas (funcionários), que são os intermediadores da política e com a população alvo que as consomem. Antes, esses atores eram invisíveis, e, após a publicação do livro, começaram a ganhar destaque nos estudos de avaliação e análise da implantação de políticas públicas.

Lotta (2012) afirma que Weber, em 1947, foi um dos primeiros teóricos a analisar a questão da burocracia. Segundo a autora, Weber versava a temática associada à análise dos tipos de autoridade. As sociedades humanas constituíram governos com dois tipos de legitimidade: a carismática e a tradicional

No modelo de Weberiano, o burocrata, pessoa que atua na burocracia, é um fiel executor de serviços sem paixões ou julgamentos, ou seja, deve executar de forma responsável a sua função para qual submeteu seguindo o preceito ético do seu cargo. Ele deve aplicar fielmente as regras, observando os procedimentos, garantindo o cumprimento das hierarquias e de suas atribuições (LOTTA, 2012).

O conceito de burocracia é descrito como:

[...] em suas origens, remetia a funcionários de Estado, seus saberes e suas práticas. Somente no final do século XIX e no começo do século XX – sobretudo a partir da obra de Max Weber –, o termo começou a ser usado também para aqueles que trabalham em empresas, significando aqui, em uma definição resumida, as pessoas que ocupam seus postos por conta de sua especialização técnica, a fim de racionalizar a estrutura organizacional (ABRUCIO; LOUREIRO, 2008, p. 28).

Para Oliveira (1970, p. 01), “Burocracia designa, em Weber, um quadro de funcionários que, organizados dentro de uma forma específica e submetidos a normas de conduta também específicas e determinadas, exercem autoridade legal”.

A burocracia, conforme visualizada e descrita por Weber é um tipo ideal de organização que, provavelmente não encontra réplica na realidade, mas funciona como importante modelo de análise sociológica e política nas pesquisas e no desenvolvimento da teoria das organizações e, por consequência, no estudo e na formulação da teoria administrativa (OLIVEIRA, 1970).

Abrucio e Loureiro (2018) relatam que na perspectiva weberiana, a compreensão mais ampla da burocracia exige que a análise ultrapasse a dimensão da mera estrutura interna do aparato administrativo. É preciso examiná-la também do ponto de vista das características do exercício de seu poder, uma vez que os burocratas constituem – juntamente com os dirigentes eleitos – os dois atores políticos centrais do mundo público contemporâneo.

Para o modelo de Weber, “o burocrata, agente que atua na burocracia, é um fiel executor de serviços sem paixões ou julgamentos. Ele deve aplicar fielmente as regras, observando os procedimentos, garantindo o cumprimento das hierarquias e de suas atribuições” (LOTTA, 2012, p. 3). Na relação entre burocrata e político, o campo dos desejos pessoais dos burocratas deve ficar implícito apenas no imaginário, já que este deve fidelidade e obediência.

As paixões e valores, para Weber, são papéis do político, a quem cabe a responsabilidade pelas ações da burocracia – o político assume o ônus de suas decisões. Não haveria, portanto, para os burocratas, espaço de exercício da discricionariedade (LOTTA, 2012).

Sobre discricionariedade, Hupe (2013) aponta que há quatro diferentes campos e interpretações a respeito do conceito de discricionariedade. Trazendo as divisões citadas por Hupe (2013), Lotta e Santiago (2017, p. 23 – 24), resume em:

[...] o jurídico, considera a ideia de discricionariedade baseada na dimensão legal e de autoridade delegada. Para os autores dessa corrente, o uso de regras leva necessariamente à existência de discricionariedade, ao mesmo tempo em que a ideia desta pressupõe a existência de regras [...] o econômico, em que a discussão sobre discricionariedade está relacionada ao modelo de agente-principal. Nesse modelo, considera-se que o agente atua em nome do principal [...] o sociológico, no qual se analisa a discricionariedade considerando que os indivíduos são relativamente autônomos. Sua liberdade é usada para realizar julgamento das situações com que o burocrata lida [...] o político, em que as decisões discricionárias são tomadas em nome de um bem comum, de valores públicos e accountability [...]

Nos estudos sobre burocracia, tem prevalecido o olhar de que o ato discricionário é aquele que prevê algum grau de arbitrariedade do burocrata ainda dentro dos limites legais de sua atuação (LOTTA, 2015, *apud* LOTTA; SANTIAGO, 2017).

6.2 Burocratas Nível de Rua

O surgimento dos estudos da burocracia de nível de rua tem forte ligação com a crescente preocupação acadêmica e política sobre o processo de implementação de políticas públicas na década de 1970 nos Estados Unidos (CAVALCANTI; LOTTA; PIRES, 2018). “Os anos 1960 e 1970 foram marcados pela criação de ambiciosos programas federais voltados para a resolução de problemas urbanos e sociais nos Estados Unidos” (CAVALCANTI; LOTTA; PIRES, 2018, p.227).

A definição da palavra burocracia resulta em algum conjunto de autoridades e normas a serem seguidas, enquanto a expressão nível de rua denota algum distanciamento dessas autoridades e aproximação a casos individuais mais complexos (CARVALHO, 2018).

“Em meados de 1980, Michael Lipsky publicou *Street-LevelBureaucracy* e definiu a *burocracia de nível de rua* como as organizações e o conjunto de agentes responsáveis pela entrega direta de políticas e serviços públicos aos cidadãos” (CARVALHO, 2018, p. 2). Já em 1989, Lipsky realizou um estudo no qual identificava os burocratas implementadores como “burocratas de nível de rua” por estes serem agentes do Estado e que prestam os seus serviços direto a população que necessita da

política pública implementada.

Em 2019, Lipsky nos apresenta mais uma definição de *burocratas de nível de rua*, sendo os trabalhadores do serviço público que interagem diretamente com os cidadãos no decurso dos seus trabalhos e que têm poder substancial na execução de seu trabalho. No livro de Lipsky (2019), o autor acrescenta que os burocratas podem ser tanto agentes estatais, como agentesterceirizados.

Bonelliet *al.* (2019) fala que os burocratas que atendem diariamente os usuários, são chamados também em algumas literaturas de “burocratas da linha de frente” ou “burocratas de esquinas”. Nestes casos, temos como exemplo: policiais, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, professores, juízes entre outra gama de profissionais.

Devemos deixar claro que não é a profissão que determinará se ele será ou não um burocrata nível de rua, e sim, a sua atuação na implementação da política pública. Dessa forma, a atuação desses agentes abrange certo grau de discricionariedade no exercício das suas funções de rotina. Isto é, apenas até determinado ponto o comportamento dos burocratas é orientado por normas, hierarquia e estrutura organizacional, enquanto a outra parte de seu trabalho e de suas decisões lhes é delegada em função da própria natureza de suas funções (CARVALHO, 2018).

Os trabalhadores do serviço público, atualmente, ocupam uma posição crítica na sociedade norte-americana. Embora eles normalmente sejam considerados como funcionários de baixo nível hierárquico, as ações da maioria dos trabalhadores do serviço público, de fato, constituem os serviços entregues pelo governo (LIPSKY, 2019, p. 37).

Os burocratas de rua têm grande impacto na vida das pessoas e da sua comunidade, pois determinam quais pessoas terão acesso ao serviço e como o terão. A relação entre esses agentes e os cidadãos é conflituosa, porque as pessoas chegam até eles com histórias e problemas individuais, mas também com expectativas diversas. Entretanto, são vistos pelos burocratas como clientes, alocados em padrões e categorias sociais (ALMEIDA, 2015).

A relativa autonomia que os burocratas de ponta apresentam pode ser vista positivamente, por não enrijecer a política, empregando-a de maior poder de flexibilidade e de adaptação a contextos particulares, mas também pode gerar arbitrariedades, problemas nos processos de *accountability* ou controle nas ações desempenhadas por esses agentes (ALMEIDA, 2015, p. 33). Há tarefas em que a autonomia desses agentes é central, como destaca Lipsky (2010, p. 58), “[...] dada a complexidade de suas ações e contextos nos quais devem agir. Em alguns casos, o desvirtuamento da discricionariedade é controlado na própria relação com os clientes, pois os burocratas precisam da aprovação e legitimação dos clientes”.

A influência do burocrata de rua na vida da população vai além do acesso aos serviços. Em seu livro, Lipsky (2019, p. 43) revela que quanto mais pobres são os cidadãos, maior a influência que os burocratas de nível de rua tendem a ter sobre eles. De fato, as condições desses trabalhadores podem ser consideradas como parte do problema da pobreza. Para Lipsky (1980), os burocratas de nível de rua, por serem funcionários que trabalham diretamente no contato com usuários de serviços públicos, são os agentes que determinam o acesso do público a direitos e benefícios governamentais, sendo por

meio deles que a população consegue acessar a administração pública.

A maior preocupação para os pesquisadores que analisam e avaliam os estudos sobre implementação, é compreender quais os fatores e que geram diferenças entre a política formulada e a política executada.

7 METODOLOGIA

7.1 Desenho da Pesquisa

A pesquisa realizada se caracterizou como um estudo de caso do tipo exploratório e descritivo, com foco na análise qualitativa. Para alimentação do banco de dados, utilizamos dados primários, fontes de documentos e realização de entrevistas com questionários semiestruturados. Para as entrevistas, utilizamos a técnica de análise de conteúdo (AC), conforme é estabelecida por Bardin (2011). Este estudo, avaliou a implementação da política de Atenção à Saúde do servidor (PASS) na UFPE, a partir de análise dos atores que consomem essa política.

Estudo de caso é uma estratégia metodológica de se fazer pesquisa nas ciências sociais e nas ciências da saúde. Trata-se de uma metodologia aplicada para avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o elemento humano está presente. “Busca-se apreender a totalidade de uma situação e, criativamente, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto, mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado” (GILBERTO, 2008, p. 8).

Essa metodologia de pesquisa é muito antiga na investigação da comunidade científica. Seu primeiro esforço de estabelecimento de protocolos para uma prática unificada ocorreu em 1994, quando a obra de Yin veio a público. Desde então, o referido texto vem se tornando referência básica para investigações sobre este método. A preferência é justificável não apenas pelo pioneirismo, assim como pela consistência normativa dos procedimentos propostos pelo autor (GILBERTO, 2018).

Segundo Yin (2001), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa abrangente e uma das muitas maneiras de se fazer investigação em ciências sociais, incluindo as disciplinas tradicionais, tais como a Psicologia, a Sociologia, a Ciência Política, a Antropologia, a História e a Economia, além das áreas voltadas à prática, como planejamento urbano, administração pública, política pública, ciência da administração, trabalho social e educação.

A pesquisa exploratória, tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2002). Essas pesquisas podem ser classificadas como: pesquisa bibliográfica e estudo de caso (GIL, 2002).

Para Carvalho *et al.* (2011, p. 1974), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. “São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática” (GIL, 2002, p. 42). Além disso, pode ser incluído também “outras pesquisas deste tipo são as que se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes, o índice de criminalidade que aí se registra etc.” (GIL, 2001, p.42).

Também pode ser caracterizada como descritiva pelo fato de buscar a descrição de fenômenos presentes nas dimensões institucionais que estão relacionados com a prática da transparência pública e do consumo já existente sem a pretensão de interferir neles nem os modificar (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Os pesquisadores que utilizam os métodos qualitativos buscam explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos (suscitados e de interação) e se valem de diferentes abordagens (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Para Fernanda e Córdova (2016, p. 32):

pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Aplicada inicialmente em estudos de Antropologia e Sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, tem alargado seu campo de atuação a áreas como a Psicologia e a Educação.

Gerhardt e Silveira (2009, p. 32), trazem características essenciais para pesquisa qualitativa, sendo:

[...] objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa [...].

É mister esclarecer que o pesquisado deve prestar muita atenção em alguns limites e riscos que a pesquisa possa trazer. Vou citar alguns resumidamente: confiança extrema no instrumento de coleta de dados, análise exaustiva dos resultados obtidos, esgotar todo o objeto estudado, influências do pesquisador sobre o objeto estudado, envolvimento com a pesquisa, entre outros. Toda pesquisa qualitativa não pode vir com viés, caso isso aconteça, pode comprometer o trabalho do pesquisador.

A importância da técnica de análise de conteúdo (AC) para os estudos organizacionais é cada vez maior e tem evoluído em virtude da preocupação com o rigor científico e a profundidade das pesquisas. De modo geral, as transformações sucessivas pelas quais têm passado a ciência evidenciam irregularidades e também rupturas, sobretudo no que tange às ciências sociais, que exigem revisitar as abordagens metodológicas. Nessa lógica se insere a análise de conteúdo, a qual cada vez mais conquista legitimidade nas pesquisas qualitativas no campo da administração públicas, razão por que deve entrar na pauta das discussões científicas (MOZZATO; GRYBOVSKI, 2011).

Em razão da utilização da análise de conteúdo estar crescendo no Brasil, principalmente nas pesquisas que se caracterizam por abordagem predominantemente qualitativa Dellagnelo e Silva

(2005), torna-se evidente a validade de reflexões acerca desta técnica (MOZZATO; GRYBOVSKI, 2011).

Para Bardin (2011), AC compreende a utilização de várias técnicas, com as quais se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Desta forma, a técnica é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores, quantitativos ou não, permitindo a realização de inferências.

Um segundo conceito de análise de conteúdo, é descrito como: “uma técnica das ciências humanas e sociais destinada à investigação de fenômenos simbólicos por meio de várias técnicas de pesquisa, ocupando-se basicamente com a análise de mensagens” (GONÇALVES, 2016, p. 278).

Consoante com Chizzotti (2010), a Análise de Conteúdo é uma dentre as diferentes formas de interpretar o conteúdo de um texto que se desenvolveu, adotando normas sistemáticas de extrair os significados temáticos ou os significantes lexicais, por meio dos elementos mais simples de um texto. Para o autor “consiste, ainda, em “relacionar a frequência da citação de alguns temas, palavras ou ideias em um texto para medir o peso relativo atribuído a um determinado assunto pelo seu autor” (CHIZZOTTI, 2010, p.114).

“Análise de Conteúdo trabalha tradicionalmente com materiais textuais escritos, sejam eles produzidos em pesquisa, a partir, por exemplo, das transcrições de entrevista e dos protocolos de observação; ou já existentes, produzidos para outros fins, como textos de jornais” (GONÇALVES, 2015, P. 281).

Para uma boa análise de conteúdo, o pesquisador deve entender o método e quais são os objetivos a ser alcançados de forma simples. O Sujeito deve compreender que a AC se faz na prática e com deve seguir as fases de pré-análise, exploração e o tratamento dos resultados.

Santos (2012, p. 385) “passa a conceituar entrevista como um método de investigação específico e a classifica como diretivas ou não diretivas, ou seja, fechadas e abertas”. Além disso, é enfatizado que a análise do conteúdo em entrevista é muito complexa, em alguns casos, determinados programas de computadores não podem tratá-las (MOZZATO; GRYBOVSKI, 2011).

“Na fase inicial, pré-análise, o material é organizado, compondo o corpus da pesquisa. Escolhem-se os documentos, formulam-se hipóteses e elaboram-se indicadores que norteiam a interpretação final” (SANTOS, 2012, p. 385). O contato inicial com os documentos, a chamada “leitura flutuante” é a fase em que são elaboradas as hipóteses e os objetivos da pesquisa (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Na exploração do material (segunda fase), codificam-se os dados, processo pelo qual os dados são transformados sistematicamente e agregados em unidades (SANTOS, 2012).

O processo de codificação (terceira etapa) dos dados restringe-se à escolha de unidades de registro, ou seja, uma unidade de registro significa uma unidade a se codificar, podendo esta ser um tema, palavra ou frase (SANTOS, 2012, p. 385).

“O processo de codificação (terceira etapa) dos dados restringe-se à escolha de unidades de registro, ou seja, é o recorte que se dará na pesquisa” (SANTOS, 2012, p. 385). Para Santos (2012, p. 385), “uma unidade de registro significa uma unidade a se codificar, podendo esta ser um tema, uma palavra ou uma frase” (Interpretações e inferências).

Para escolher o de método (AC) que guiou essa pesquisa, foi realizado previamente a seguinte pergunta condutora: “*Quais os fatores que interferem na experiência organizacional da implementação dos eixos da política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do servidor Federal na UFPE e quais são os resultados de longo prazo?*”.

Em sequência, seguindo a fase I da AC, obtivemos as seguintes hipóteses:

H1: Ausência de Recursos (financeiros e de pessoal) faz com que a implementação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor federal seja ineficiente para o alcance da qualidade de vida do servidor no trabalho.

H2: A operacionalização proposta pela Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida (PROGEPE) que dificulta a implementação dos eixos da PASS na UFPE.

Com toda estrutura da pergunta condutora e hipótese, conseguimos chegar ao nosso objetivo geral e específico.

O Objetivo geral é: “*Avaliar à Implementação da Política de Atenção à Saúde do Servidor (PASS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a partir dos stakeholder que envolvidos neste serviço*”. Já os específicos são:

- Levantar os instrumentos normativos e operacionais que permeiam a PASS;
- Criar o marco lógico do Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor;
- Diagnosticar os fatores que interferem no serviço do NASS e seu impacto na qualidade de vida do trabalhador;
- Descrever as atividades desempenhadas pelo NASS;
- Descrever quantidades de servidores que estão ativos no NASS e se são suficientes para demanda proposta pelo setor.

As limitações dessa pesquisa foram: a pandemia que muitos participantes ficaram com medo de se expor ou sair de casa, recusa por alguns *stakeholder*, lugares para realizar a entrevista e o acesso a informações de investimentos específicos para o NASS.

7.2 Local de pesquisa e sua contextualização

O Local de pesquisa será a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e especificamente o Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor (NASS) que é um setor vinculado a Diretoria de qualidade de

Vida (DQV), que é uma das diretorias ligadas à Pró-reitoria de gestão de pessoas e qualidade de vida (PROGEPE), ambos vinculados ao Gabinete do Reitor.

O NASS é um espaço que visa contribuir para a qualidade de vida dos 2.564 Docentes efetivos, substitutos e visitantes e 4.106 técnicos administrativos, através dos três eixos operacionais proposto pela PASS.

7.2.1 Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

A Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), ainda como Universidade do Recife (UR), teve o início de suas atividades datado de 11 de agosto de 1946, tendo sido fundada por meio do Decreto-Lei da Presidência da República no 9.338/46, de 20 de junho do mesmo ano (SANTIAGO, 2020). Em 1948, iniciou-se a construção do *Campus* Universitário em um loteamento na Várzea, onde hoje está localizado o Campus Recife. No ano de 1965, a Universidade do Recife passou a integrar o Sistema Federal de Educação do país, com a denominação de Universidade Federal de Pernambuco, na condição de autarquia vinculada ao Ministério da Educação - MEC (PDI-UFPE, 2015).

Atualmente a UFPE possui: três *campi* - Recife, Caruaru e Vitória de Santo Antão; 13 centros acadêmicos; 109 cursos de graduação presenciais regulares - 92 cursos de graduação no *campus* Recife, 11 em Caruaru e 06 em Vitória; 05 cursos de graduação a distância; 56 cursos de especialização, 17 mestrados profissionais, 75 mestrados acadêmicos, 53 doutorados; 39 programas de extensão (UFPE, 2019).

Uma Universidade como a UFPE, agrega uma comunidade de mais de 45.000 pessoas, é composta por 12 Centros Acadêmicos, distribuídos em três *campi*, que abrigam 72 departamentos acadêmicos, 2.213 professores no quadro efetivo, 340 substitutos e 11 visitantes, 4.106 servidores técnico-administrativos, cerca de 29.500 alunos regularmente matriculados em seus 107 cursos de graduação, 3.375 alunos nos 68 cursos de mestrado acadêmico, 2.885 alunos nos seus 49 cursos de doutorado, 343 alunos nos 8 cursos de mestrado profissional, 2.001 alunos nos 49 cursos de especialização presencial e 1.169 alunos nos 3 cursos de especialização Educação a Distância - EAD (UFPE, 2013, p. 8).

Uma instituição de ensino com expressiva inserção na sociedade através de suas bibliotecas, seu hospital de clínicas, museus, programas de inovação tecnológica e de políticas públicas, não deve funcionar sem um adequado planejamento, no qual se identifiquem sua missão, visão de futuro, valores e objetivos estratégicos definidos no contexto do sistema de ensino superior do estado de Pernambuco e do Brasil (PDI-UFPE, 2013-2017).

A UFPE é considerada pelo Ministério da Educação (MEC), como a 8ª melhor instituição de ensino do país, ficando atrás da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Paraná, Universidade de Brasília e Universidade Federal do Ceará. A universidade obteve o conceito 4, segundo o índice geral de cursos (ICG), que é um instrumento que sintetiza num único indicador a qualidade dos cursos de graduação, mestrado e doutorado. A nota geral foi de 3.766.

O IGC é um indicador de qualidade do ensino superior brasileiro. Ele é calculado anualmente e leva em consideração uma série de insumos, como avaliação dos cursos de pós-graduação e distribuição dos estudantes entre cursos de graduação e pós (VILELA, 2019).

A Universidade tem como *missão* “promover a formação de pessoas e a construção de conhecimentos e competências científicas e técnicas de referência mundial, segundo sólidos princípios éticos, socioambientais e culturais” (PDI-UFPE, 2013-2027).

A Universidade contemporânea não pode deixar de cumprir funções, antecipar e atender solicitações da sociedade global que se renovam, mudam, se ampliam e exigem, sobretudo, novas competências institucionais (entendidas como a capacidade técnica e ética de responder a tais solicitações e antecipá-las) que precisam ser desenvolvidas enquanto projeto institucional duradouro, sem, no entanto, abandonar as exigências de responsabilidade moral, de cuidado com o meio ambiente e de respeito à diversidade cultural como fundamentos de uma convivência social mais igualitária, responsável e justa (UFPE, 2020).

Sua visão é ser uma universidade de classe mundial comprometida com a transformação e desenvolvimento da humanidade. A noção de Humanidade, aqui adotada, não se refere ao conjunto numérico dos homens e mulheres (demografia), mas a um conjunto de valores que supomos válidos, necessários e dignos de serem perseguidos, tais como a alteridade, a justiça, a dignidade humana, o direito dos povos, a liberdade, as diferenças culturais. Uma universidade comprometida com esta visão é necessariamente de “classe mundial”, o que significa, ao mesmo tempo, duas coisas: situada entre as melhores do mundo e preparada para colocar o “mundo” (como mundo das significações humanas, como os sentidos que os homens atribuem às suas experiências) como centro de suas preocupações (UFPE, 2013).

A instituição se baseia nos valores de cidadania para assegurar liberdade e as responsabilidades, na cooperação para o bem comum local, regional, nacional e mundialmente, na criatividade para gerar transformação ambiental, na sustentabilidade através do desenvolvimento científico, social e econômico, na dignidade da pessoa humana, na diversidade de ideias e de costumes, na equidade para ascensão social, na ética dos conhecimentos produzidos e na integridade para relações internas e externas.

A universidade tem a Reitoria, que é um o órgão executivo máximo da Universidade Federal de Pernambuco, responsável pela administração geral, supervisão e controle da execução das atividades da Universidade, em conformidade com o disposto no Estatuto, no Regimento Geral, neste Regimento e em resoluções dos Órgãos Deliberativos Superiores (UFPE, 2020).

A estrutura organizacional da Reitoria é composta pelos seguintes órgãos, segundo a resolução número 02/2020:

- I. Comitês de Governança e de Gestão (CG): tem por finalidade adotar medidas para a sistematização de práticas relacionadas à gestão de riscos, controles internos e governança no âmbito da Universidade;
- II. Gabinete do Reitor: tem finalidade a coordenação geral e a integração das unidades vinculadas

à Reitoria e será dirigido pelo Chefe de Gabinete e, na sua ausência e impedimentos, pelo Chefe de Gabinete Adjunto, designados pelo Reitor;

III. Pró-Reitorias: serão exercidas por Pró-Reitores nomeados pelo Reitor, na forma disciplinada pelo artigo 37 e seu parágrafo único do Estatuto da Universidade, os quais irão ajudar na organização da universidade. Atualmente, temos as seguintes pró-reitorias com suas respectivas funções:

- Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD): tem por finalidade garantir a excelência dos cursos de graduação, atuando no acompanhamento dos processos de avaliação da qualidade do ensino;
- Pró-Reitoria de Pós-Graduação (PROPG): tem por finalidade a coordenação geral dos programas de pós-graduação zelando pela qualidade acadêmica e dando suporte aos docentes e discentes;
- Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação: tem por finalidade planejar e articular as políticas de ciência, tecnologia e inovação (CT&I) apoiando a formação de pessoal de alto nível;
- Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEXC): tem por finalidade promover ações de extensão e cultura, entendidas como atividades acadêmicas próprias e específicas articuladas com o ensino e a pesquisa;
- Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PROAES): tem por finalidade propor e implementar políticas estudantis no que concerne à inclusão social, assistência, lazer, esportes, moradia e nutrição universitárias, com o objetivo de prover condições de permanência dos estudantes da UFPE;
- Pró-Reitoria de Planejamento Orçamentário e Finanças (PROPLAN): tem por finalidade a gestão e o controle orçamentário, financeiro e contábil em conformidade com a legislação e com o planejamento institucional;
- Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida (PROGEPE): tem por finalidade, o planejamento, a formulação e implementação da política de gestão de pessoas da Universidade Federal de Pernambuco;
- Pró-Reitoria de Gestão Administrativa (PROGEST): tem por finalidade o assessoramento à Administração Central e a todas as unidades no que diz respeito ao planejamento, à aquisição, o acompanhamento e à execução das compras de bens comuns, contratação de serviços e gestão patrimonial dos bens móveis, para prover o funcionamento institucional.

IV. Unidades Estratégicas:

V. Órgãos Suplementares:

VI. Superintendências:

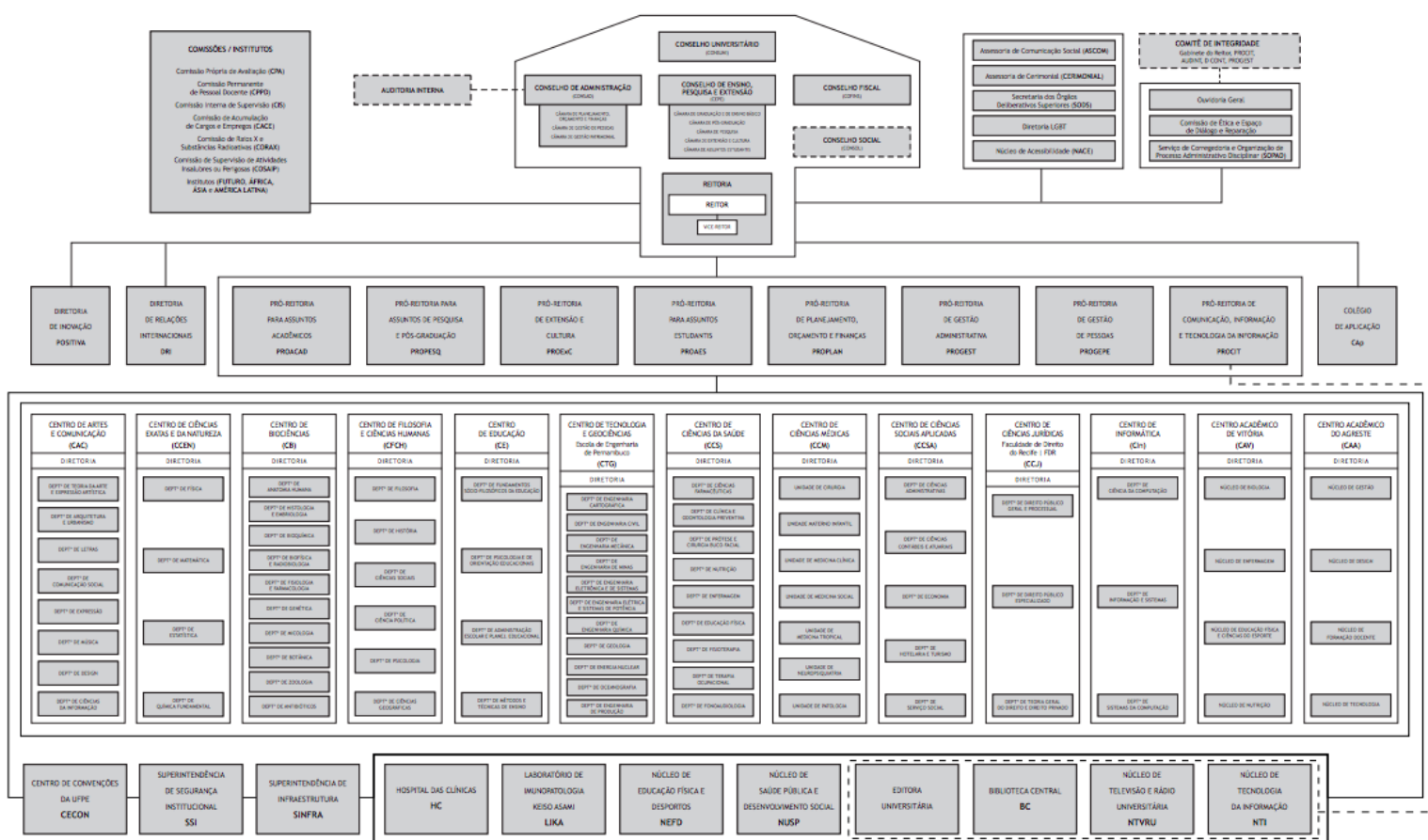
VII. Ouvidoria Geral:

VIII. Comissão de Ética:

- IX. Comissões Permanentes:
- X. Auditoria Interna, vinculada ao Conselho de Administração:
- XI. Procuradoria Federal, junto à UFPE (PF-UFPE), vinculada à Advocacia Geral da União

Na figura 3, conseguimos visualizar toda estrutura da UFPE através do organograma da instituição.

Figura 3 - Organograma estrutural da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.



Fonte: UFPE, 2020.

7.2.2 Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida (PROGEPE)

A PROGEPE tem por finalidade desenvolver, planejar e implementar políticas de gestão para melhorar os processos de trabalho e qualidade de vida dos servidores da UFPE.

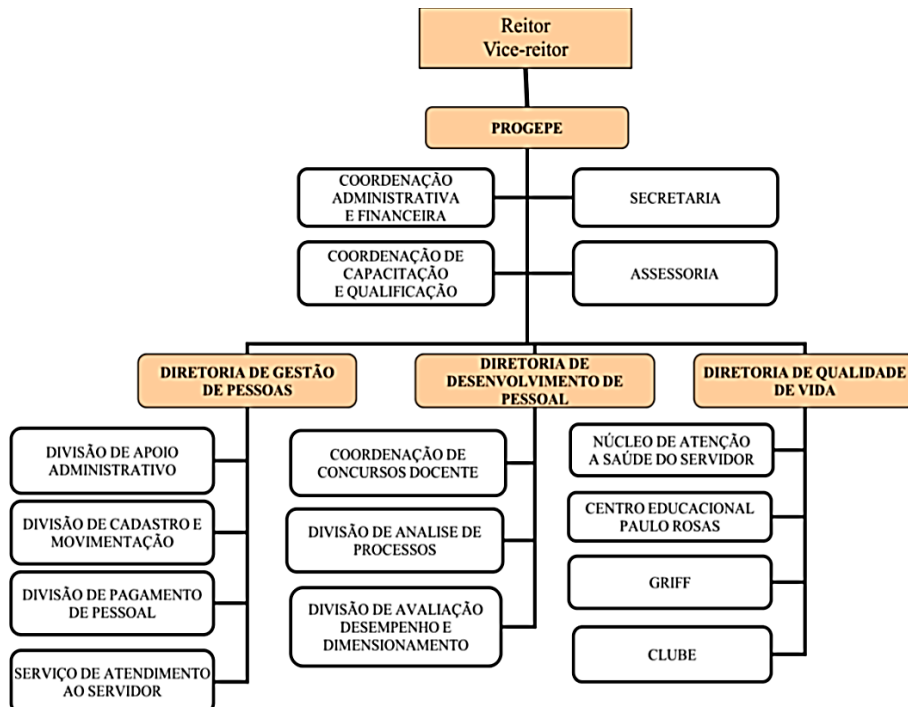
O Artigo nº78 da resolução 02/2020 diz que esta pró-reitora tem competências de:

- formular, implementar e monitorar a política de gestão de pessoas e qualidade de vida da Universidade de forma sistêmica e integrada;
- II. Apoiar e assessorar o Reitor e os campi em assuntos relativos à área de gestão de pessoas;

- III. Promover as ações estabelecidas pelo Plano Desenvolvimento Institucional (PDI) na área de gestão de pessoas;
- IV. Prestar esclarecimentos aos órgãos de controle, em processos administrativos ou judiciais, em questões pertinentes à área;
- V. Orientar e acompanhar a aplicação da legislação de pessoal;
- VI. Desempenhar outras atividades de sua área de competência.

Para ajudar a desenvolver as suas competências no âmbito da UFPE, a PROGEPE possui a Diretoria de Administração de Pessoal (DAP), com finalidade de lançamento funcional e atos funcionais, coordenar os processos de vagas da universidade e realizar o pagamento dos salários dos servidores; a Diretoria de Desenvolvimento de Pessoas (DPP), que realiza a recepção, integração e socialização dos novos funcionários, além da força de trabalho e capacitação dos servidores, avaliação da finalização do estado probatório do servidor e distribuição e movimentação dos seus colaboradores. Por fim, temos a Diretoria de Qualidade de vida (DQV), que atua nas políticas de saúde e na promoção da qualidade de vida, além de acolher todos os servidores para se sentirem pertencentes à instituição. A figura 4 mostra o organograma da PROGEPE.

Figura 4 -Organograma da PROGEPE



Fonte: AMARAL, 2016.

7.2.3 Diretoria de Qualidade de Vida (DQV)

Está inserida na PROGEPE como Diretoria que irá gerir políticas de saúde, de qualidade de vida e promoção da saúde dos seus servidores. Além disso, é responsável por afastamentos, assistência à saúde do trabalhador e saúde e segurança no trabalho.

A DQV tem por competência:

- Realizar pesquisa de clima organizacional e propor ações que possibilitem a melhoria da satisfação do servidor com a UFPE;
- II. propor políticas e coordenar ações na área de esporte, lazer e cultura para os servidores da UFPE;
- III. planejar, coordenar, dirigir e supervisionar as atividades relacionadas à atenção à saúde, segurança no trabalho e perícia oficial em saúde;
- IV. coordenar a equipe multidisciplinar para elaboração e acompanhamento dos planos de ação advindos dos diagnósticos de qualidade de vida no trabalho;
- V. planejar, coordenar e executar os projetos de prevenção e promoção à saúde do servidor;
- VI. promover ações de prevenção a acidentes de trabalho;
- VII. prestar assistência primária à saúde ao servidor, objetivando a redução dos riscos para o mesmo. Resolução nº 02/2020-CONSAD, Página 31 de 60;
- VIII. implementar e coordenar as políticas e ações de caráter psicossocial com vistas à promoção da saúde dos servidores;
- IX. realizar acompanhamento ao servidor em situação de risco psicossocial que incida sobre sua saúde e/ou encaminhá-lo para atendimento em serviços disponíveis;
- X. dar suporte à perícia oficial em saúde, por meio de equipe multiprofissional;
- XI. elaborar e acompanhar os planos de saúde, buscando opções acessíveis aos diversos segmentos e perfis de servidores da Universidade;
- XII. gerir, em parceria com a Prefeitura da Cidade do Recife, o Centro Educacional Paulo Rosas;
- XIII. gerir o Programa de Serviço Voluntário da UFPE;
- XIV. realizar o cadastramento anual do auxílio saúde;
- XV. gerir o Clube Universitário;
- XVI. desempenhar outras atividades de sua área de competência.

Para desenvolver suas competências, a DQV programas voltados para seus servidores, sejam eles técnicos – administrativos em educação (TAE) e docentes. Os programas desenvolvidos são a academia da UFPE, clube do desconto, colégios parceiros, dança de salão, ginástica laboral, serviço voluntário, centro de municipal de educação infantil, clube universitário, saúde suplementar, auxílio

saúde (*per capita* saúde suplementar) e o núcleo de atenção à saúde do servidor, este último, o nosso *in loco* da pesquisa.

7.2.4 Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor (NASS)

O núcleo de atenção à saúde dos servidores, popularmente conhecido como NASS, está situado na Av. Prof. Moraes Rego, número 1235, no bairro da cidade universitária, cidade do Recife e fica ao lado do Hospital das clínicas, em frente ao estacionamento, como mostra a figura 5.

Figura 5 - Imagem do NASS



Fonte: UFPE, 2020.

O NASS faz parte das unidades SIASS criadas para atender o servidor nos eixos de perícia oficial em saúde, promoção e vigilância da saúde e assistência à saúde. O SIASS foi instituído pelo decreto 6.833, de 29/04/2009, e que tem como objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas que trata os eixos da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal, sejam eles servidores da administração direta, autarquia e fundacional.

O SIASS da Universidade Federal de Pernambuco – Sede, teve a data de sua inclusão como Unidade SIASS em 08 de março de 2020, e tem como sua gestora Zuleide Cristina de Araújo e seu gestor substituto Silas Jose Nunes Carvalho. Em 02 de setembro de 2020, a unidade SIASS fez um acordo de cooperação técnica para prestar serviços aos órgãos federais do governo que não tem unidade SIASS implementada. Os serviços oferecidos para estes órgãos são apenas de perícias

oficiais em saúde.

No quadro 4 temos a relação dos órgãos que fazem parte do NASS/SIASS/UFPE.

Quadro 4 - Órgãos Federais que fazem parte do SIASS/UFPE

Código ↕	Órgão ↕
26242	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
36201	FUNDACAO OSWALDO CRUZ
40106	ADVOCACIA-GERAL DA UNIAO
53203	SUPERINTENDENCIA DO DESENV. DO NORDESTE
59000	CONTROLADORIA-GERAL DA UNIAO

Fonte: SIAPENET, 2020.

O Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor (NASS) tem como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade de vida do servidor da UFPE e seus dependentes, a partir de uma assistência médica básica ambulatorial (UFPE, 2020). Alguns dos serviços oferecidos pelo setor é:

- Ginecologia;
- Mastologia;
- Pediatria;
- Psiquiatria;
- Clínica Médica;
- Psicologia;
- Odontologia;
- Assistência Social.

O NASS da UFPE desenvolve Perícias oficiais em saúde, para afastamento, licença saúde e aposentadoria das suas atividades laborais, tanto no núcleo com sede própria ou domiciliar. No eixo de vigilância e promoção à saúde realiza exames médicos admissionais dos servidores e professores, e quando possível, exames médicos periódicos. Além disso, conta com os programas de saúde vocal em parceria com o departamento de Fonoaudiologia da UFPE e o de educação para aposentadoria.

O núcleo também oferece o Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho (SESST), que é parte integrante do NASS e compõem o eixo de vigilância e promoção à saúde. Tem como objetivo propor medidas de prevenção e correção nos processos de trabalho dos servidores, emitir laudos, relatórios para auxiliar na perícia médica e desenvolver ações que possam minimizar o adoecimento relacionado ao trabalho do servidor.

7.3 Sujeitos da Pesquisa

Para levantar os sujeitos da pesquisa, foi utilizado a técnica de “Análise de *stakeholder*”. Esta técnica contribui desde a fase do desenho até o desenvolvimento da matriz de marco lógico e ajuda a identificar a forma apropriada de participação de todas as partes envolvidas em um programa ou projeto. Neste sentido, esta técnica é uma ferramenta de grande utilidade em avaliação de programa (TCU, 2002). Os *stakeholders* são os principais atores envolvidos, com seus interesses e do modo como esses interesses irão afetar o desenvolvimento do NASS.

Os *stakeholders* são pessoas, grupos, instituições que possuem interesse em um tipo de política, programa, projeto ou algo parecido e que inclui todos os atores que podem tomar decisões ou não. Estes atores estão divididos em grupos (primários e secundários) e que de forma direta e indireta podem mudar o rumo da implementação, avaliação e resultados esperados do que foi planejado.

Os grupos primários de *stakeholders* são aqueles mais afetados, tanto positiva (os beneficiários do programa) quanto negativamente (aqueles realocados involuntariamente). Os grupos secundários são os intermediários envolvidos no processo de prestação de serviço.

Neste sentido, podemos elencar que os *stakeholders* sujeitos da pesquisa são: 1- Gestores da PASS; 2- Profissionais que executam a política e 3- usuários (servidores públicos da UFPE) que consomem a política. Na tabela 1, temos o quantitativo de *stakeholders* envolvidos na PASS.

Tabela 1 - Quantidade de Stakeholder na PASS

STAKEHOLDER	QUANTIDADE
Gestores da Política	03
Profissionais da Política	34
Usuários da Política	6.670

Fonte: SILVA, T. P. A., 2020.

Analisar os *stakeholders* que desenvolvem o PASS dentro da UFPE é de grande importância para entendermos quais são os seus interesses e como estes afetam ou influenciam no desenvolvimento do PASS. Adicionalmente, a análise *stakeholder* também pode auxiliar na identificação de possíveis entrevistados, pesquisados e participantes focais, grupos de apoio para mudanças, opiniões e conflitos de interesse, risco para desempenho do programa e possíveis estratégias para melhoria de desempenho (TCU, 2016).

7.4 Amostra dos participantes e instrumentos de pesquisa

A amostra desta pesquisa foi construída pela análise de saturação, em que cada *Stakeholders* (gestores, trabalhadores e usuários), era convidado para entrevista semiestruturada e respondia os apêndices A, B, C e D, de acordo com a atuação do convidado. Os gestores e trabalhadores foram todos convidados para participarem da pesquisa, já os usuários, foi utilizado a amostragem

“bola de neve”, ou seja, cada entrevistado indicaria um usuário que pudesse fazer parte da nossa amostra e do objetivo da pesquisa e assim sucessivamente.

“Amostragem em bola de neve é um método tipicamente utilizado com populações raras ou desconhecidas. Membros destas populações não foram todos identificados previamente e são mais difíceis de encontrar ou contatar do que populações conhecidas”(DEWES, 2013, p. 10).

O método de amostragem de bola de neve mostra que existe uma ligação entre os membros de uma população dada pela característica de interesse, ou seja, membros de uma população poderá identificar outros membros.

O motivo para uso desta técnica é que os sujeitos da pesquisa não se conhecem e não possuem dados armazenados para serem convocados. Por isso, a modelo bola de neve faz com que essas pessoas dentro do universo da pesquisa (UFPE/NASS), convoquem outras pessoas que se encaixem no contexto e que queiram contribuir com o estudo.

Dewes (2013, p. 10) apresenta que:

O primeiro passo no método de amostragem em bola de neve é encontrar indivíduos pertencentes à população-alvo do estudo. Esses indivíduos vão ser a *semente* da amostra, aqueles que darão origem a todos os indivíduos amostrados. Este é um passo muito importante, pois se essa *semente* não for bem selecionada a amostra não conseguirá atingir toda a variabilidade da população.

Quando descobrimos o sujeito “semente”, o processo de bola de neve começa. Os primeiros indivíduos são conhecidos como “onda zero”. O processo se inicia que cada o primeiro sujeito (semente) indique uma ou várias pessoas para participar. A semente deve compreender que só pode participar membros que façam parte da população alvo da pesquisa.

A “Onda” é o processo formado pelos contatos indicados pelos indivíduos da onda zero (semente). A “Onda dois”, são participantes indicados pelos indivíduos da “onda” ou “onda um”. Passado este processo de “bola de neve” teremos uma amostra gradual e alcançada com a ajuda de todos os participantes. Ressalto que usuários da Onda zero ou semente, Onda ou Onda um e Onda dois, devem ser identificados para compreender de como se originou todo o número de sujeitos participantes e como o grupo heterogêneo foi formado.

Os sujeitos da “bola de neve” foram aplicados apenas para os usuários que utilizam o NASS. Os gestores da PROGEPE e trabalhadores foram convidados voluntariamente para participar da pesquisa, já que esse público é fácil de ser encontrado.

O termo saturação teórico é empregado na pesquisa qualitativa, quando obtemos transferências de resultados psicoculturais de um indivíduo e ou grupo para o banco de dados do pesquisador (FONTANELLE;MAGDALENO JÚNIOR, 2012). Considera-se saturada a coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado. Trata-se de um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de dados (NASCIMENTO *et al.*, 2017, p. 244).

Para Fontenelle *et al.* (2008, p. 17), amostra saturada é,

Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados.

“A saturação designa o momento em que o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado. É um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de observações” (RHIRY-CHERQUES, 2016, p. 21).

A palavra observação descrita, refere-se a uma técnica adequada para obter dados que irão para um banco de dados, para compor o caráter científico da pesquisa. As hipóteses estabelecidas podem ser comprovadas mediante observação, medição e experimentação. A observação possui um fator limite de como os dados se apresentam.

A saturação teórica dos dados também é encontrada na literatura científica como validação externa, uma vez que está relacionada aos resultados da pesquisa (NASCIMENTO *et al.*, 2017, p. 244).

Ao total, foram realizadas 2 entrevistas com os gestores, 7 entrevistas com os profissionais e 8 entrevistas com os usuários. Na tabela 2, fazemos um comparativo com a quantidade total de *Stakeholders* que permeiam a PASS e quantos participaram na pesquisa.

Tabela 2 - Quantidade de *Stakeholders* que participaram da pesquisa

STAKEHOLDER	QUANTIDADE TOTAL	QUANTIDADE PARTIC. DA PESQUISA
Gestores da Política	03	02
Profissionais da Política	34	07
Usuários da Política	6.670	08

Fonte: O Autor, 2020.

As entrevistas foram realizadas entre o mês de junho e agosto de 2020, nos locais estabelecidos com os entrevistados e com horário marcado. Devido à emergência de saúde pública pela pandemia da covid-19, todos os entrevistados seguiram as seguintes normas: distância entre o entrevistador e o entrevistado de 3 metros de distância, utilização obrigatória de máscara e álcool em gel, o gravador e o ambiente eram esterilizado para cada nova entrevista, o ar era livre com todas as janelas abertas. Todos os participantes convidados aceitaram esses termos.

Relacionado o tempo, cada entrevista durou entre 25-30 minutos. O maior tempo de entrevista foi com os gestores, e o menor tempo foi com o trabalhador. Todas as perguntas feitas nas entrevistas pelo instrumento norteador foram respondidas.

Na composição de gênero, todos os usuários e gestores eram do sexo feminino. Nos trabalhadores, 03 eram do sexo masculino e 04 do sexo feminino. Relacionado ao regime de trabalho, todos eram do Regime Jurídico Único, já que é um critério estabelecido para ter acesso ao NASS.

7.5 Instrumento e coleta de dados

7.5.1 *Análise Documental*

Foi consultado os documentos legais, regimentais, normativos e operacionais que estabelecem a PASS e o seus eixos estruturantes, levantamento dos investimentos da PASS pela UFPE, lista de funcionários ativos que trabalhem no NASS, quais suas funções e quantidade de usuários atendidos pelo NASS.

Para mensurar os recursos orçamentários, estruturais e humanos, iremos utilizar o marco lógico. Para Ferreira *et al.* (2007), o desenvolvimento do Modelo Lógico de Programa cumpre o papel de explicitar a teoria do programa, e é um passo essencial na organização dos trabalhos de avaliação. É um instrumento que avalia como era antes do programa e tem uma visão de melhorar os programas e sua gerência.

“O modelo lógico busca configurar um desenho do funcionamento do programa, que seja factível em certas circunstâncias esperadas, para resolver os problemas identificados” (IPEA, 2007, p.3). “Pode ser a base para um convincente relato do desempenho esperado, ressaltando onde está o problema objeto do programa e como este se qualifica para enfrentá-lo” (IPEA, 2007, p.3).

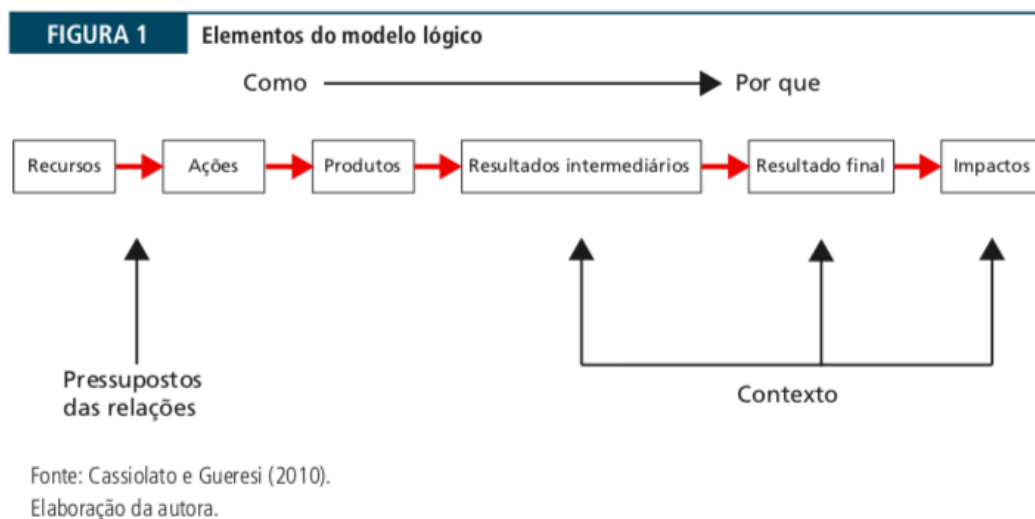
A análise da teoria do programa consegue identificar problemas no desenho estrutural da criação do programa que pode influenciar diretamente nos resultados esperados, sejam eles de curto, médio e longo prazo. Avaliar a teoria do programa, mostrar como está o desenvolvimento da implementação do programa e se irá conseguir os possíveis resultados esperados.

Os elementos do modelo lógico são: recursos, ações, produtos, resultados intermediários e finais e impactos, assim como as hipóteses que suportam essas relações e as influências das variáveis relevantes de contexto (IPEA, 2007, p. 3).

Os pressupostos sobre os recursos e as ações e como estes, levam aos resultados esperados são frequentemente referidos como a teoria do programa. As hipóteses são de que os recursos adequados serão transformados em ações necessárias para beneficiários selecionados, e isso, em um contexto favorável, irá levar aos resultados que o programa pretende alcançar. Tornar explícitas as hipóteses sobre como o programa supostamente deve funcionar, em variados contextos, cria a referência principal em que se baseia a gestão e o seu instrumento imprescindível de avaliação (IPEA, 2011, p.3).

A figura 6 mostra como na prática como se deve montar um quadro para extrair as informações necessárias e criar um marco lógico de programas e teorias que queiram ser avaliados pela teoria do programa.

Figura 6 - Elementos do Modelo Lógico



Fonte: IPEA, 2017.

A construção do modelo lógico é realizada em 3 etapas sendo elas: 1- Coleta de análise de informações triviais do programa; 2) Pré-montagem do modelo lógico (figura 6); 3- Validação do modelo lógico. Para criar um bom modelo lógico, é necessário que o gestor esteja em sintonia com toda sua equipe para poder contribuir de forma que todos estejam cientes sobre o que é o programa, objetivo e os resultados esperados.

Seguindo as etapas citadas acima e após levantamento de todas as teorias sobre a PASS, legislação vigente e entendimento da estruturação do serviço e a influência dos *Stakeholder*, elaboramos o modelo lógico do NASS que é composta por recursos, atividades, produtos, resultado de curto prazo, resultado de médio prazo e resultado de longo prazo, como mostra o Quadro 5.

Quadro 5 - Modelo lógico do núcleo atenção à de saúde do servidor da Universidade Federal de Pernambuco

RECURSO	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADO DE CURTO PRAZO	RESULTADO DE MÉDIO PRAZO	RESULTADO DE LONGO PRAZO
ORÇAMENTÁRIO	1) Plano Plurianual	Perícias em Saúde	Acesso aos peritos pelos periciados.	Informatização da perícia, com a introdução do prontuário eletrônico subsidiado por protocolos técnicos.	Implementação na sua totalidade da política de atenção à saúde do trabalhador, baseada na equidade e universalidade.
	2) Recurso da própria UFPE.	Vigilância e Promoção da Saúde.			
	3) Rubrica Específica do MPOG				
ESTRUTURAL	Preparação para aposentadoria.		Acompanhamento dos servidores participantes nos programas para uma auto avaliação de saúde.	Executar ações de vigilância e de promoção à saúde, que alterem ambientes e processos de trabalho e produzam impactos positivos sobre a saúde dos servidores federais.	
	1)Sede própria ligada a Pró Reitoria de Gestão de Pessoas.				
HUMANO	Atendimentos Ambulatoriais específicos.	Assistência à Saúde do Servidor.			
	1) Equipe Geral				
	2) Administrativo				

Fonte: O Autor, 2020

7.5.2 Entrevistas

Após finalização do processo de análise documental, foram convidados os sujeitos da pesquisa para uma entrevista individual, em local tranquilo, arejado e com sigilo. Mediante convite, os sujeitos responderam um questionário com informações básicas (apêndice A) e uma entrevista semiestruturada que foi dividida em eixos norteadores para guiar tanto o entrevistado como o entrevistador. Para Quaresma (2005) a entrevista semiestruturada tem a possibilidade de o informante discorrer sobre o tema. Contudo, o pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas e ficar atento para conduzir o momento e finalizar quando necessário.

Todos os entrevistados receberam uma letra e um número durante as entrevistas. Quando os dados foram trabalhados, receberam outra letra e outro número para garantir o sigilo dos participantes.

O roteiro da entrevista estava estruturado de forma que todos os participantes foram convocados vinte quatro horas antes (24h), com local e horário agendado e cada participante ficou livre para responder as perguntas. O tempo máximo para cada entrevista foi de 30 minutos, sendo realizadas 3 entrevistas por dia. Não houve imprevisto quanto à participação dos entrevistados.

Antes de iniciar as entrevistas, o entrevistado sanou todas suas informações, responderam dados iniciais como função, tempo de UFPE, idade, entre outros. Depois, o entrevistador leu e explicou todas as perguntas semiestruturadas e após responder os dados iniciais e identificar o participante com o código, foi iniciada a entrevista.

Todos os entrevistados responderam o apêndice A. Por outro lado, o apêndice B foi para os gestores da PROGEPE (que trabalhe diretamente ou que tenha poder de tomada de decisão referente ao PASS ou NASS) e do NASS. Por sua vez, o apêndice C foi para os profissionais que trabalham no NASS e o apêndice D para os usuários que frequentam o NASS e que estejam no critério de inclusão.

8 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

8.1 Inclusão

Ser servidor público federal com matrícula ativa ou inativa da UFPE, atuar como responsável do NASS, da DQV e da PROGEPE, ser profissional de saúde do NASS e já ter usado o serviço do NASS como usuário, ter usado o NASS entre o período de 2015 e 2020 e por fim, responder a entrevista semiestruturada do pesquisador.

8.2 Exclusão

Representantes citados na inclusão que se recusarem a participar da pesquisa, terceirizados, celetista, estagiários, servidor que nunca usou o NASS e participantes que não responderam toda a entrevista semiestruturada.

9 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa exploratória e descritiva, não será submetida ao comitê de ética. O pesquisador se compromete em fazer um relatório no fim da pesquisa e mandar para a Reitoria, Pró-reitoria de gestão de pessoas e qualidade de vida (PROGEPE) e núcleo de saúde do servidor (NASS).

9.1 Riscos

Os entrevistados poderão se sentir constrangidos para responder as perguntas. Além disso, poderão ficar apreensíveis por pensar que seus nomes estarão expostos na pesquisa, poderão ficar ansiosos em ser entrevistados em locais não sigilosos e sentir desconfortáveis por suas respostas serem gravadas no momento da entrevista. Portanto, para evitar os riscos descritos, iremos mostrar as perguntas antes de começar a gravar, escolher locais confortáveis, dentro da UFPE (fora do centro em que o sujeito trabalhe), acolhedor e sigiloso. As identificações de cada usuário entrevistado serão por um código de uma letra do alfabeto e um número, por exemplo, A1, B2, C3.

9.2 Benefícios

Todos os entrevistados convocados serão informados do objetivo da pesquisa e qual é a importância de sua colaboração no contexto de avaliação e melhoria do NASS. Ademais, iremos construir um fluxograma dos serviços dos NASS e divulgar o resultado da pesquisa para os órgãos competentes na intenção de realizarem as devidas melhorias.

10 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise documental foi baseada nas portarias, decretos e legislação vigente que permeia a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal e que estão disponíveis de forma pública. Já a análise das entrevistas, foi feita através da técnica de Bardin, em que, foram realizadas 17 entrevistas, transcrição de todos os áudios na íntegra, separação das subcategorias de análise e, por fim, a categoria final de análise.

Durante as entrevistas, os entrevistados recebiam uma letra e um número para evitar identificação dos entrevistados. Na hora da transcrição do áudio em local seguro, o pesquisador renomeou o entrevistado com outra letra e um outro número para que o sigilo fosse respeitado.

Para Creswell (2007), o processo de análise dos dados consiste em extrair sentido dos dados de texto e imagem. Envolve preparar os dados para a análise, conduzir análises diferentes, aprofundar-se cada vez mais no entendimento, representação e interpretação dos dados; além de realizar a interpretação do significado mais amplo deles. A triangulação dos dados da coleta através de fontes múltiplas, incluindo entrevistas, observações e análise de documentos.

Os principais documentos que serviram de base para essa pesquisa encontram-se destacados no quadro 5.

Quadro 6 - Instrumentos normativos que permeiam a PASS

DOCUMENTO	CONTEÚDO	REFERÊNCIA
Constituição Federal de 1988 (Art. 196 ao Art. 200)	O Estado como provedor de Saúde Pública.	Brasil, 1988.
Lei 8.112/90	Regime Jurídico dos Servidores públicos.	Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990.
SISOSP – 2006	Uniformiza os processos metodológicos, administrativos e sanitários.	Decreto número 5.961 de 13 de novembro de 2006.
SIASS	Responsável pelos assistência à saúde e perícia do servidor.	Decreto de número 6.833, de 2009
Revogação do artigo 206-A da lei 8.112/90 (RJU)	Estabelece a realização dos exames.	Decreto de número 6.856/2009
NOSS	Regulamenta o benefício da saúde suplementar.	Portaria SRH no 3 de 15/09/2009.
Repasse da União para Saúde Suplementar	Estabelece os valores dos benefícios da saúde suplementar.	Portaria SRH/SOF no 1, de 29/12/2009
PASS	Nortea parâmetros e diretrizes para elaboração de projetos e ações em saúde.	Brasil, 2009
Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal	Estabelece orientações aos órgãos e entidades do SIPEC.	Portaria SRH nº797 de março de 2010

Fonte: O Autor, 2020.

Para encontrar as subcategorias, foram realizadas 17 entrevistas, com tempo médio de 25 minutos em cada entrevista, onde era gravada suas respostas. Depois, foram realizadas as transcrições na íntegra de cada gravação. Ao encerrar todas as transcrições, foi levantado as subcategorias de análise e a categoria final de análise.

Para saber o perfil profissional, social e econômico dos participantes da pesquisa, foi aplicado o instrumento de coleta de dados (apêndice A), que continham perguntas como: gênero, idade, raça, nível de escolaridade, tempo de vínculo institucional, renda mensal, entre outros.

A grande maioria participante da pesquisa é do gênero feminino (n=14), já a minoria é do gênero masculino (n=03). Quando perguntado sobre raça, 03 pessoas se consideram negras, 08 pardas e 05 brancas. No requisito idade, 08 pessoas têm entre 30 a 40 anos, 01 pessoa tem entre 40 a 50 anos e 08 pessoas têm entre 50 a 60 anos.

No nível de escolaridade, 01 pessoa tem nível superior incompleto, 06 pessoas superior completo, 06 pessoas pós-graduação *latu sensu* e 04 pessoas formação *Stricto Sensu* (Mestrado). Quando analisado o gênero e nível de escolaridade, o gênero feminino tem maior nível de escolaridade do que os homens, como mostra o quadro 7.

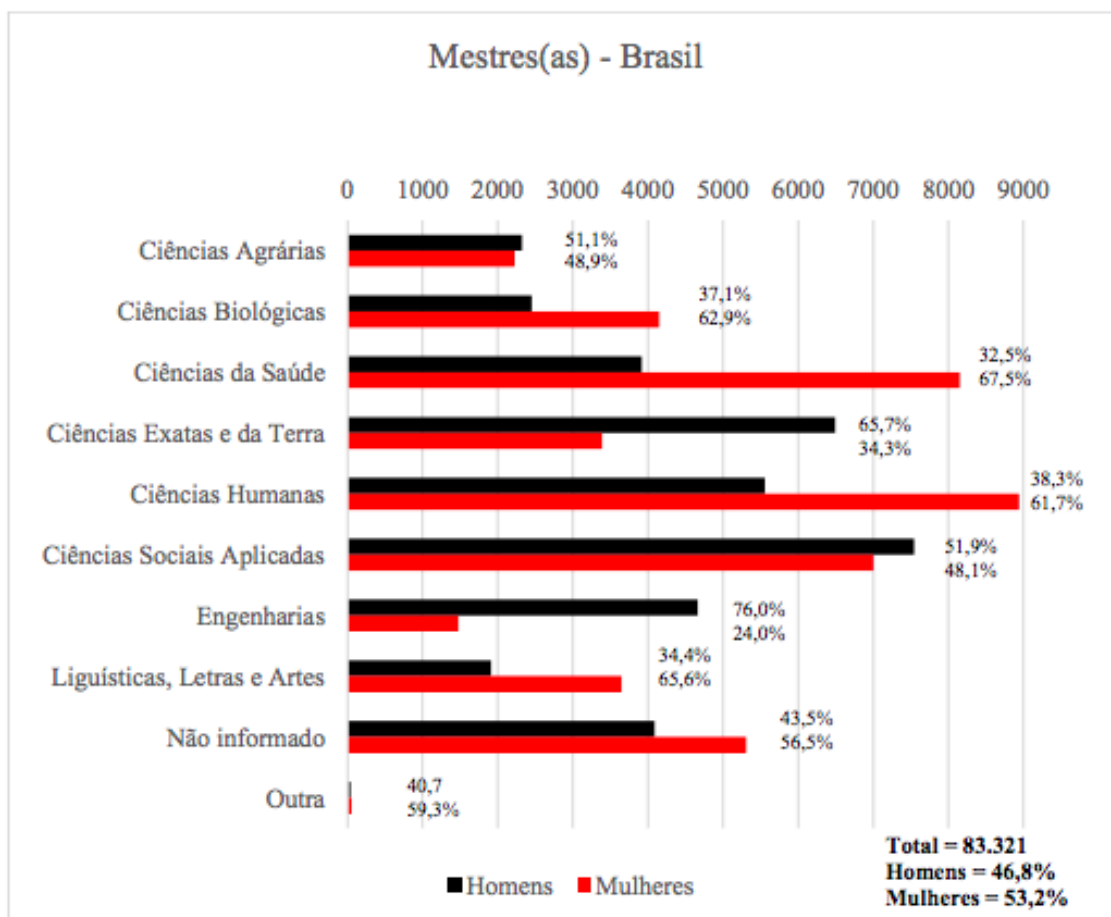
Quadro 7 - Comparação de Gênero e Nível de Escolaridade

Gênero	Nível de Escolaridade
Feminino	- Superior: 06 - Pós-Graduação <i>latu sensu</i>: 04 - Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> (Mestrado): 04
Masculino	- Superior Incompleto: 01 - Pós-Graduação <i>latu sensu</i>: 02

Fonte: O Autor, 2020.

Essa comparação corrobora com o estudo realizado por Queiroz, Gonçalves e Kruger (2019), nos últimos anos, a presença de estudantes do sexo feminino em universidades tem crescido fortemente, ao passo de suplantarem os do gênero masculino. Quando se observa sob a luz da pós-graduação (Figura 7), há mais mulheres mestres (44.337 pessoas, representando 53,2% do total) que homens com mestrado (38.984 pessoas, representando 46,8% do total).

Figura 7 - Quantidade de Mestras e Mestres no Brasil



Fonte: Lattes, 2016.

Observando o quadro 7, podemos ressaltar ainda que a maioria das mulheres na área da saúde possui mestrado. Isso também ratifica com nosso estudo, já que as 4 mulheres mestras têm formação superior na área de saúde. O recorte de gênero trazido aqui, mostra como as mulheres estão alcançando níveis mais altos de escolaridade do que homens, já que vivemos em uma sociedade machista e sexista que segrega as mulheres dos locais de poder e formadores de opinião.

10.1 Fatores que interferem na implementação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal

Para alcançar os fatores que interferem na PASS no NASS da UFPE utilizamos a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2006). Iniciamos a com a exploração do material coletado para definir as categorias de análise (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem a fim de compreender a significação exata da unidade de registro), (MOZZATO; GRYBOVSKI, 2011).

A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (BARDIN, 2006).

Utilizando a técnica de Bardin, conseguimos descrever as seguintes subcategorias de análise: 1) Limites de Recursos financeiros, estrutural e de recursos humanos; 2) Desconhecimento da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do servidor Federal e 3) Avaliação positiva dos burocratas que utilizam quanto aos serviços implementados pela política no NASS. A categoria final de análise foi Fatores que interferem na Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do servidor Federal, como mostra o quadro 7.

Quadro 7 - Subcategorias de Análise e Categoria Final de Análise

Subcategorias de Análise	
1) Limites de Recursos financeiros, estrutural e de recursos humanos.	Fatores que interferem na Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do servidor Federal
2) Desconhecimento da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do servidor Federal.	
3) Avaliação positiva dos burocratas de nível de rua pelos usuários que utilizam quanto aos serviços implementados pela política no núcleo de atenção à saúde do servidor (NASS).	

Fonte: O Autor, 2020.

No quadro 8, estão elencadas as entrevistas que apresentam os elementos que serviram como base para criar as subcategorias. Os elementos das subcategorias serviram como base para criação da categoria final que corrobora com as hipóteses levantadas e o objetivo desta pesquisa.

Quadro 8 - Subcategorias e as Codificações das Entrevistas

Subcategorias de Análise	Extração da Fonte
Limites de Recursos financeiros, estrutural e de recursos humanos.	D1, D2, D3, D4, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D16, D17.
Desconhecimento da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do servidor Federal.	D1, D2, D4, D5, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14, D15, D16, D17.
Avaliação positiva dos burocratas pelos usuários que utilizam os serviços implementados pela política no NASS.	D1, D2, D3, D4, D5, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14, D15, D16, D17.

Fonte: O Autor, 2020.

Após a codificação das entrevistas e criação das subcategorias de análise, é necessário analisar fonte por fonte, na ratificação das hipóteses e dos objetivos propostos por essa pesquisa.

Esse estudo pode ser ampliado e aprofundado por outros pesquisadores que se interessem pela temática. Nos tópicos seguintes, iremos discorrer sobre as subcategorias análises e descrever as falas das fontes que nos proporcionaram avaliar a implementação da PASS na UFPE através dos olhares dos *Stakeholder*. Quando analisamos interferências no serviço, estamos em busca de entraves que possam ser quebrados e deixem os serviços mais resolutivos, atraentes e que sirva de exemplo como política pública.

10. 2 Limites de recursos financeiros, estrutural e de recursos humanos

10.2.1 Limites de recursos financeiros

Ao buscar na literatura sobre financiamento específico ou apenas financiamento para a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), pouco se acha estudos que visem corroborar com esta pesquisa. Na verdade, quando se fala em financiamento da política, o Manual de Perícia oficial em saúde do servidor público federal descreve apenas 3 objetos de financiamento: 1) a aprovação de financiamento de projetos com a utilização de recursos públicos, dentre eles os projetos de natureza arquitetônica e urbanística, os tocantes à comunicação e informação e os referentes ao transporte coletivo, por meio de qualquer instrumento, tais como convênio, acordo, ajuste, contrato ou similar; 2) “A concessão de aval da União na obtenção de empréstimos e financiamentos internacionais por entes públicos ou privados”, 3) Cita a portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, alterada pela portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013 que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2013), ou seja, não traz nenhum respaldo ou obrigatoriedade do MPOG repassar recurso financeiros para as universidades investirem na política.

Ao acessar a PASS na íntegra, encontramos na seção V os seguintes artigos:

[...] Art. 9. Cabe aos órgãos e entidades da Administração Pública Federal viabilizarem os meios e recursos necessários para garantir a implantação e implementação das ações de vigilância e promoção à saúde, com recursos próprios e ou oriundos do MP, por meio do plano plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.

Art. 10. A União financiará as ações de vigilância e promoção à saúde, mediante orçamento específico destinado às despesas com ações de saúde, investimento em obras, aquisição de equipamentos e capacitação de servidores.

Durante a entrevista com um *stakeholder*, quando perguntado sobre quais os fatores que interfere no serviço do NASS, o entrevistado D7 respondeu:

[...] financiamento que assim o governo federal criou nas unidades SIAS, **mas não criou uma rubrica de financiamento**, a gente depende muito do olhar do nosso gestor, tanto o reitor quanto o pro reitor, são os ordenadores de despesa, e da

visão de mundo que eles tem ... a parti disso eles começam a construir uma lógica ...**se o reitor achar que** o servidor merece um serviço de qualidade com profissionais para atender eles ... [...].

Quando questionado sobre o atual financiamento do NASS e se é suficiente para atender as demandas, D8 responde:

“Em relação ao financiamento **eu já digo com toda certeza que é insuficiente**. Nós temos o ministério do planejamento que hoje é economia, ele aloca recursos exclusivos para os exames periódicos e que não pode ser usado para outra coisa. Então hoje é suficiente porque a universidade não consegue realizar uma licitação e ter uma empresa contratada para esse fim. Mas se a gente tiver uma licitação ... [...].

Já o entrevistado D7 responde e D8 complementa:

“[...] **O problema é não ter uma rubrica para unidades SIAS**, é não ter essa rubrica que o governo federal nunca estabeleceu... Mas se a universidade tivesse recursos com certeza a gente estaria melhor [...]”. D8: “[...] estamos vivendo um **momento de muita contenção dentro da própria universidade**, essa questão de recursos insuficientes não é por má vontade da administração, e porque hoje é uma **realidade nas universidades** [...]”.

Ao analisar a fala do D7 e do D8, percebemos que os artigos 9 e 10 da seção V, nunca saíram do papel. Tudo ficou apenas na teoria. A PASS é uma política criada em 2009 pelo Ministério do planejamento, orçamento e gestão, trabalhadores das instituições públicas e representações de usuários, que eram financiadas com recurso do governo federal, através do MPOG e com recursos das próprias universidades.

De 2009 até as datas atuais, tivemos vários presidentes na nova república, sendo eles: Luís Inácio “Lula” da Silva (2003- 2011), Dilma Rousseff (2011 – 2016), Michel Temer (2016 – 2017) e Jair Messias Bolsonaro (atual presidente do Brasil).

Podemos concluir que tivemos 10 anos de governo de esquerda, mas se analisarmos o partido dos Trabalhadores (PT) e as atuações dos presidentes, o financiamento específico das unidades SIASS de todo o país deveria ter sido criada através de decreto ou medida provisória nos governos de Lula e Dilma por serem governos de esquerda e por terem sido eleitos com pautas de políticas públicas voltadas para os mais necessitados e pela criação do plano da Reestruturação e Expansão das Universidades(REUNI) que visava melhorias na educação pública superior.

Vale ressaltar, que por não ter um financiamento específico, o NASS já teve um bom momento de financiamento, que foi no período do então presidente Lula e da presidenta Dilma Rousseff, no governo do PT, como podemos ver na fala dos entrevistados D7 e D8:

[...]“Desde o início da política não tinha uma rubrica específica para as unidades, dependia muito **da relação da gente com a gestão** ... mas a gente já teve momento de ter em **2010, 2014, 2015 mais recurso, mais equipamentos** [...]”. D8: “começamos a ter recursos para a parte odontológica ... **a gente conseguiu vários equipamentos** para a área de segurança do trabalho, diretamente com o ministério do planejamento, que não tínhamos equipamentos para essa área. [...]que desde

2015 vem tendo redução de recursos [...].

Como ponto de partida, já foi verificado através das falas do D7 e D8 que o financiamento é necessário para uma PASS universal, equânime e igualitária.

O estudo de Paes, (2014), relata que inexistia uma verba orçamentária para financiar o deslocamento dos servidores quando convocados para realizar algum procedimento nas Unidades SIASS, tais como a perícia, exame médicoperiódico, dentre outros e também de investimentos na política.

Ao citar o estudo de Paes (2015), notamos que existe uma semelhança entre esta pesquisa de mestrado e a dissertação realizada pela autora em 2014. Após 6 anos, nada mudou.

10.2.2 Limites estruturais

Atualmente, o núcleo de atenção à saúde do servidor, o NASS conta com: 6 consultórios médicos, sendo um ginecológico, 2 consultórios odontológicos, 5 banheiros para os servidores e o os usuários, 1 depósito de material de limpeza (DML), 01 sala de esterilização, 2 salas para atendimento de psicologia e serviço social, 1 sala para o serviço de engenharia e segurança do trabalho, 1 sala para junta médica ou odontológica, 1 copa, 1 recepção, 1 sala de apoio/coordenação, como mostra o quadro 10.

Quadro 9 - Setores e quantidades da estrutura do NASS

SETOR	QUANTIDADE DE SALAS
Consultório Médico e Ginecologia	06
Consultório Odontológico	02
Banheiros	05
Deposito de material de limpeza	01
Sala de Esterilização	01
Sala de Psicologia e Serviço Social	02
Sala para Engenharia e Segurança do Trabalho	01
Sala para junta médica e odontológica	01
Copa	01
Recepção	01
Sala de Apoio e Coordenação	01

Fonte: O Autor, 2020.

Quando falamos em estrutura física do NASS vários entrevistados citam como um dos limites que interferem na implementação do NASS. Para D1:

“Acredito que no NASS uma das poucas coisas que se pode **melhorar é a estrutura física** ...questão de manutenção: quanto ao maquinário e em relação a mobília. Acredito que seja só a parte estrutural e física ... [...]”.

O entrevistado D2 diz que:

“De uma forma geral o que poderia melhorar no núcleo é **a estrutura física, a gente tem poucas salas** ... até na divisão dos dias a gente tem esse empecilho, a gente não consegue abarcar quantidade de sala para os números de servidores ... o aumento da estrutura [...]”.

Na fala de D2, percebemos que a estrutura física implica diretamente na sua rotina e dos demais colegas, eles não possuem uma sala específica para os seus atendimentos e muito menos dias fixos, precisa está dividindo com o colega. D4 corrobora com D2 e ainda acrescenta:

[...] O que poderia melhorar era o espaço físico, poderia ser ampliado para prestar mais assistência, mais horários e mais disponibilidade para os servidores [...].

D4 nos mostra que se aumentar o espaço físico, conseqüentemente aumentaria o número de servidores atendidos e até mesmo expansão dos horários, como podemos confirmar na fala de D4, D7 e D17.

[...] A dificuldade é **na questão do horário da equipe, nos horários disponibilizados**. Às vezes esses horários são reduzidos... também do agendamento. Por esses funcionários serem poucos, acaba demorando para você ser atendido [...].

D7 “De modo geral o que **poderia melhorar era a estrutura e ampliação da equipe**. Com essa estruturação e ampliação, poderíamos operacionalizar os eixos da promoção da saúde e da vigilância à saúde. **D4** fala que [...] “Um problema que temos **aqui é o espaço físico**, precisa ser ampliado para justamente a gente conseguir atender mais pessoas”.

É perceptível que a estrutura do NASS deve ser ampliada para melhorar o processo de trabalho e o número de atendimentos. O NASS tem atualmente 31 servidores, sendo 11 médicos para 6 consultórios, 4 psicólogas e 2 assistentes sociais para apenas 2 salas. Não existe um local específico para o acolhimento dos usuários do serviço, como preconiza a Política Nacional de Humanização – Humanizadas (PNH) de 2013.

Para a PNH (2013), o acolhimento é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde. Deve ser realizada através de uma escuta qualificada pelos trabalhadores às necessidades do usuário a tecnologias adequadas às suas necessidades.

10.2.3 Limites de recursos humanos

O núcleo de atenção ao servidor (NASS) é um serviço que atende uma população de aproximadamente 2.213 professores, 4.106 servidores técnicos administrativos e os seus dependentes, além dos servidores inativos. Fazendo um cálculo simples de multiplicação, se cada servidor ativo tiver apenas um dependente, teremos 12.638 usuários do NASS, sem contar com os inativos e seus

dependentes.

A população atendida pelo NASS é extremamente grande para a composição atual da equipe como está descrito na Tabela 3.

Tabela 3 - Composição atual de profissionais vinculados aos NASS.

CARGO	QUANTIDADE
Psiquiatra e Peritos	03
Médico do Trabalho e Peritos	03
Clínica Médica	01
Pediatra e Perito	01
Dentista e Peritos	02
Técnico de Enfermagem	02
Assistente Social	02
Psicóloga	04
Engenheiros de Segurança do Trabalho	02
Téc. Segurança do Trabalho	04
Auxiliar em Administração	03
Assistente Administrativo	01
Cardiologista e Perito	01
Ginecologista	01
Total:	31

Fonte: O Autor, 2020

Quando analisamos a tabela 3, percebemos que o número de funcionários é pequeno para o quantitativo de usuários que utilizam. O NASS atende toda a comunidade da UFPE do Campus Recife, Vitória de Santo Antão e Caruaru, nos eixos temáticos de promoção e vigilância em saúde, assistência médica e perícias oficiais em saúde.

Para uma boa qualidade do serviço, a Política Nacional de Saúde da Família – PNAB 2.436/2017 estipula que cada unidade básica de saúde ou unidade de saúde da família deve cobrir entre 2.000 e 3.500 pessoas. Trazendo o contexto do NASS e inserindo na política de saúde da família, percebemos que há uma extrapolação de usuários por profissional e que seria no mínimo quatro equipes para comportar todos esses usuários e seus eixos.

Durante as entrevistas com os burocratas nível de rua e os usuários, o que mais se repetia nas falas era: “necessita de mais profissionais...”, “a equipe é muito reduzida...” “contratar mais profissionais...”.

Quando perguntado aos burocratas sobre o número de profissionais que estão inseridos no NASS se eram suficientes, a maioria das respostas era que: não. As falas do D1, D2 e D3 representam uma convicção da ineficiência de recursos humanos. O burocrata D1 diz que:

[...] “mais contratação para aumentar os especialistas. Só que para mexer em uma coisa tem que mexer em outra. Se contratar mais profissionais terá que aumentar a estrutura do prédio para poder acomodar todo mundo”.

O entrevistado já mostra uma preocupação quando se fala de aumentar o número de especialistas no NASS. E como se um problema levasse o outro, ou seja, se aumentar o número de profissionais, tem que aumentar a estrutura. Deixamos claro que no tópico anterior já foi mencionado sobre estrutura física do NASS e que esse também é um ponto que interfere na avaliação da implementação do NASS.

Os burocratas D2 e D3 trazem um olhar de não só contratar mais profissionais ou especialistas, e sim, ampliar os que já existem.

D2: “contratar mais profissionais... **psicologia não temos como absorver mais** ninguém, tem fila de espera... contratar mais especialista da mesma área e de outras”. **D3:** poderia ter mais odontologistas, uma área que a gente padece no momento por dois terem se aposentado e o único está doente, a gente tá recebendo uma demanda muito represada ...melhorar a questão dos exames periódicos que poderia ser implementado que é uma promessa de bastante tempo, financeiro, **ter uma política de saúde mental mais forte já que temos demanda represada...** a gente **apaga um foco do fogo, mas o fogo continua pegando** ... temos três psiquiatras, quatro psicólogas, duas assistentes sociais, mas uma **universidade** com quase **5 mil servidores** e agente multiplica por baixo por 3, **a gente tem 15 mil** pessoas para serem atendidas que no caso esse quantitativo de profissionais é **totalmente insuficiente**.

Nas falas descritas acima, percebemos que algumas áreas de atuação já existentes no NASS, não conseguem mais absorver novas demandas, como é o caso da Psicologia. O entrevistado D3 traz uma expressão de “*apagar um foco do fogo ...*” Nesta fala existe uma conotação de que a política não consegue desenvolver seus eixos na íntegra dentro da UFPE.

Para Brasil (2009), foram instituídos, por meio da *Portaria SRH nº 1.261, de 5 de maio de 2010*, os “Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental na Administração Pública Federal”, que visam oferecer aos servidores públicos federais, em particular profissionais de saúde e gestores de pessoas, um conjunto de parâmetros e diretrizes para nortear a elaboração de projetos e a consecução de ações de atenção à saúde mental dos servidores públicos federais. Continuando, essa portaria pretende consolidar práticas de saúde mental nos serviços federais, através de atuação no biopsicossocial e no controle do processo saúde doença no trabalho, trabalhando a integralidade do ser humano através do eixo e promoção da saúde mental com atividades coletivas e individuais.

Ao analisar essa portaria, percebemos que mais uma vez a realidade não condiz com o que está escrito. Como já foi citada as falas do D2 e D3, percebemos que a saúde mental do NASS precisa de mais servidores para atuar nesse eixo.

Quando foi feita a mesma pergunta para o público que consome a política executada pelos burocratas, o resultado não difere. As falas do D10, D12, D16 e D17, dizem que:

D10: “Não. O número é **insuficiente** ... tanto é que a gente marca ... são poucas especialidades e a gente tem um **tempo**

de espera bem grande por uma consulta”. **D12:** “Não. E **insuficiente para o número da demanda**. Poderia aumentar só o número de profissionais, nesse caso se aumentar o número de profissionais pode pensar em outra dificuldade. Aumentar o número de especialidade também”. **D16:** “Pelo **número de funcionários e dependentes que tem, não**. Deveriam ofertar mais profissionais. Teria que ter um investimento para aumento da estrutura física para absorver mais número de profissionais”. **D17:** “Não é. Agora que não é mesmo ... teve um período que **começou a sair os médicos e não estavam repondo**. A gente ficou muito tempo sem esses profissionais ... não supre a demanda **se todos os usuários fossem, aí é que não supria**”.

As falas mostram que o NASS não suporta mais servidores ativos e inativos e seus dependentes, atualmente a política está apenas enxugando gelo, fazendo o trivial para não deixar os eixos da política parar por completo. De um outro ponto de vista, estes profissionais estão sobrecarregados, sem conseguir direcionar toda demanda, dar resolutividade aos casos. É necessário ter um plano estratégico para que a política e os profissionais não entrem em colapso.

Sobre o eixo de saúde mental citada aqui, é necessário a construção, articulação e encaminhamentos para as redes de atenção à saúde do sistema único de saúde próximo dos territórios que esses funcionários moram. Para isso, a universidade deve articular com os gestores municipais de saúde e montar uma estratégia de suporte, pois, com a pandemia, muitos profissionais que não puderam parar por ser linha de frente ou pelo isolamento social, precisaram mais do que nunca usar o serviço de saúde mental oferecido pelo NASS.

Afora as implicações psicológicas diretamente relacionadas à COVID-19, medidas para contenção da pandemia também podem consistir em fatores de risco à saúde mental. Em revisão de literatura sobre a quarentena, Brooks *et al.* (2020) identificaram que os efeitos negativos dessa medida incluem sintomas de estresse pós-traumático, confusão e raiva. Preocupações com a escassez de suprimentos e as perdas financeiras também acarretam prejuízos ao bem-estar psicológico (SHOJAEI; MASOUMI, 2020).

Nessa conjuntura, tende ainda a aumentar o estigma social e os comportamentos discriminatórios contra alguns grupos específicos, como é o caso dos chineses, população primeiramente afetada pela infecção pelo novo coronavírus (SHIMIZU, 2020), bem como dos idosos, pois é nessa faixa etária que tem ocorrido o maior número de óbitos em decorrência da COVID-19 (ORNELL *et al.*, 2020).

10.3 Desconhecimento da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do servidor Federal

A Política de atenção à saúde do servidor público federal (PASS) não é conhecida por todos. Seja servidor do NASS ou usuário do serviço. A PASS é um direito garantido por muitos anos para os servidores da união, porém, poucos sabem disso.

Quando perguntado aos entrevistados se eles tinham conhecimento da PASS, seus objetivos e eixos, poucos souberam explicar. Como mostra as entrevistas transcritas de D11, D12, D13 e D16:

D11: “A resposta é não, eu não conheço. Nunca me detive a essa política não”. **D12:** “Não conheço, não tenho conhecimento”. **D13:** Não conheço os eixos da política”. **D16:** “Sinceramente, não conheço”.

Ademais, podemos perceber que outros participantes não conheciam a política ou até arriscaram um entendimento, porém, traziam à tona a conscientização de que ele não buscava entender a PASS e os direitos que ela os dava. Podemos confirmar isso com a fala do D14 e do D17:

D14: “Não conheço tão quanto deveria conhecer. Muitas vezes eu negligencio até os nossos direitos, os nossos deveres, as nossas diretrizes. Acho que poderia conhecer melhor ... entendo que é uma assistência pautada muito assim na descentralização ...”. **D17:** “Eu nunca parei para ler a política. **Eu tenho a compreensão de que o NASS ele tem um objetivo de promover a questão à saúde, disponibilizando atendimento médico, psicológico ... não conheço a política ... os eixos devem ser prevenção, promoção e recuperação à saúde.** Eu fico pensando se realmente eu li essa política ... agora você me perguntando isso eu fico até pensando e estimula até para eu lê também ... até porque essa diminuição de funcionário no NASS acaba me estimulando a buscar isso, para saber se realmente a gente está perdendo mais direitos ... buscar essas informações para vê se a universidade não está cumprindo o que deveria cumprir”.

O participante D17 não só mostra uma preocupação em não conhecer a PASS, vai além, mostra uma preocupação na perda de direitos, na redução dos funcionários do NASS e na questão de saber se a universidade está cumprindo o seu papel de implementar a política.

Outro ponto que foi abordado quanto ao desconhecimento da PASS, é a pouca divulgação da política dentro da universidade. Ou seja, muitos desconhecem essa política, qual a finalidade do NASS mesmo sendo beneficiado pela mesma. As falas do D15 e D10, corroboram para esse entendimento.

D15: “Conheço não. Infelizmente só estou sabendo porque você está me falando... só procurava o NASS que entendia que era o âmbito dentro do hospital que regulamenta a minha situação de afastamento, para validar... não sabia que existia um programa em relação à saúde do trabalhador... acho que o NASS foca só nas perícias médicas, eu não atendo quais seriam os outros objetivos”. **D10:** “Não conheço essa política, nunca li e também não é uma coisa que é divulgada. O serviço de atenção à saúde do servidor não divulga e nem faz a socialização nem para leitura e nem para divulgação mesmo dessa política. Também nunca procurei saber”.

As falas do D15 e D10 trazem uma observação muito importante: a falta de divulgação do serviço para sua população alvo. Esse tópico iremos debater mais a frente.

A mesma pergunta foi realizada para os burocratas e de sete (07) entrevistados, mais da metade não conhecem a política.

D1: Não conheço e não sei explicar. **D2:** Não conheço e nunca ouvi falar. **D4:** Não conheço a política a fundo, eu já li ... para explicar eu não tenho competência. **D5:** Não conheço.

Para se tornar um servidor da UFPE, o candidato deve passar no concurso público, no qual é realizado provas de conhecimento específico e português. Ao analisar o edital de EDITAL Nº 53, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2018 em que tinha vários cargos de médicos, enfermeiros e psicólogos e não tinha conteúdos que sobre a política que esses funcionários iriam atuar, seja ela da PASS ou política nacional da assistência estudantil (PNAES), como exemplo. Também não se tem um treinamento específico para entender ou conhecer as políticas as quais irão atuar. Como pode alguém ser enfermeiro de saúde da família, se nem sequer conhece a política que rege o serviço? Fica a reflexão.

O desconhecimento da política, também tem um elo na falta de divulgação do serviço pela PROGEPE ou pelo NASS. Esse laço foi encontrado quando perguntamos o que poderia melhorar no NASS ou se gostaria de acrescentar algo. Tanto os usuários como os burocratas corroboram para uma maior divulgação das atividades e da PASS dentro da instituição, como mostram as falas abaixo.

D1: [...] é uma forma também do servidor conhecer o próprio NASS ... muitos **deles nem sabe da existência** desses atendimentos ambulatoriais, dos tipos de especialistas que tem aqui ... e um serviço muito importante em relação há uma busca ativa e ser acompanhado pelos especialistas aqui da casa ... às vezes o **servidor desconhece o NASS** ... eu acredito que muitas vezes **o servidor vê mais o NASS pelo lado da perícia** (atestado médico, exame admissional, periódico), mas não necessariamente sabe que aqui tem atendimento tanto para ele, quanto para os seus familiares ... aqui pode atender dependentes”. **D2** [...] “Falta **uma divulgação**, colegas que **trabalham na universidade não conhecem** o serviço e nem sabem **que têm direito** ao serviço, até perguntam para o que é o NASS e eu tenho que explicar” [...]. **D10:** “Eu acho que pode melhorar primeiro **essa divulgação, né?** Junto aos servidores, nem todos têm o conhecimento e como ele é dedicado apenas para os servidores RJU e hoje houve uma redução dos servidores RJU então uns já conheciam e outros realmente não conhecem, não há uma publicidade” [...]. **D15:** “Se existe uma política de atenção à saúde do servidor federal e o NASS se propõem para isso, **o que precisa melhorar e a divulgação efetiva** de qual objetivo central do NASS para a comunidade dos servidores terem conhecimento. **Precisa ser divulgado**”. **D16:** Eu acho que é pouco **publicizado**, tem pessoas que não sabem as especialidades que oferecem, eu acho que tornar mais público. As pessoas precisam conhecer mais. As pessoas só acham que tem perícia.

As falas do D1 e D16 remetem que o os usuários só entendem e procuram o NASS por motivos de perícias oficiais em saúde e/ou validar atestados médicos. Essa fala deve ser esclarecida, na verdade, o eixo da perícia é bem mais forte do que as de vigilância e promoção da saúde e assistência médica. Como mostra a entrevista do D7.

D7: [...] “É fato que a perícia já é estabelecida. Quando foi criado o SIASS, a perícia já existia no país todo. O eixo mais forte é a perícia, os outros eixos estamos tentando desde dessa política, incrementar, fazê-la funcionar”.

O estudo de *Investigação qualitativa do processo de implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal (PASS) e do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS)*, realizado por Freire e Pacheco (2016), Observam a unanimidade no conhecimento do movimento de construção da PASS. Mas apesar da realização de vários eventos, poucos afirmaram ter participado dos Enass, cursos temáticos, bem como fóruns específicos e

ampliados. Não podemos afirmar que o desconhecimento por si só seja um fator impeditivo para a implementação da política, mas pode ser contribuinte, corroborando com essa pesquisa. Quando avaliamos uma política, não podemos dizer que um fator pode alterar sua forma de implementação, e sim uma junção de várias interferências e que estejam interligadas.

Em 2019, o estudo de Pôssas, Meirino e Pacheco (2019), mostra a Percepção dos servidores quando perguntados se conhecem a PASS, dez servidores da Reitoria relataram desconhecer a PASS, enquanto os outros cinco conhecem pelo menos parcialmente suas propostas. Dos servidores entrevistados no Campus do Gragoatá, 11 deles relataram desconhecer as propostas. Isso mostra que o desconhecimento da PASS pode interferir na sua implementação.

10.4 Avaliação positiva dos burocratas pelos usuários que utilizam os serviços implementados pela política no NASS

O Modelo Lógico do Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor da Universidade Federal de Pernambuco é formado pelos recursos, atividades, produtos e resultados de curto, médio e longo prazo. Nesta seção, abordaremos a avaliação dos serviços prestados pelos burocratas de nível de rua do NASS, com a visão dos usuários que consomem o produto final da política. Acrescento ainda, que as perguntas também foram feitas aos burocratas e aos gestores para uma análise mais profunda do serviço e seus resultados na vida do trabalhador da UFPE.

Para descrever essa avaliação do serviço, foram feitas algumas perguntas para os gestores, servidores e usuários. Para o usuário foi perguntado se “Você indicaria os serviços do NASS para outros servidores?”. A segunda pergunta foi feita para os *stakeholder* envolvidos e era: “Qual o impacto do NASS na vida do trabalhador dentro da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)?”.

Sobre indicar o serviço do NASS, todos os usuários indicariam o serviço para outro servidor. As falas de D10, D11, D12 e D17 relatam o porquê eles indicam o serviço do NASS:

D10: “Sim, eu indicaria. Eu acho que, embora **não tenha muitas especialidades**, os **profissionais são assim, altamente capacitados**. A consulta tem espaço para se colocar, tempo livre. **A qualidade do atendimento** é muito boa. Eu indico sim”. **D11:** “**Com certeza, indicaria e indico**. Estou sendo atendida lá e no **momento da pandemia estou ainda sendo atendido online**, e fico dizendo gente tem vaga, pode ir e o que está me dando suporte mesmo. **Tem bons profissionais lá**. **D12:** “**Indicaria**. Os serviços que utilizei eu indicaria. Porque o atendimento... foi muito bem atendido, **a qualidade dos profissionais**, o atendimento dos profissionais que eu utilizei do NASS do atendimento de saúde do servidor é um ... foram efetivos e o atendimento de escuta, um atendimento diferenciado. **D17:** **Sim, eu indicaria**. Até porque o NASS de toda forma são profissionais dos Hospital das Clínicas (sic) e ele é referência, hospital escola, que está sempre elaborando pesquisas... são profissionais que estão dentro da pesquisa, estão atendendo... **uma qualidade, um acesso fácil, dentro da universidade** que favorece os funcionários a fazer os exames de prevenção...”

Ao analisar as falas percebemos que existe um consenso entre a qualidade dos profissionais que atendem no NASS e a qualidade do serviço prestado por eles, como mostram as entrevistas do D10, D11 e D12.

Comparado esse achado da pesquisa com o estudo de revisão bibliográfica de Souza, *et al.* (2013), percebemos que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: *desempenho técnico*, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; e *relacionamento pessoal* com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes, pois a partir da interação entre o cliente e o médico, existe um processo complexo, que vai desde componentes comportamentais até componentes técnicos muito específicos.

As falas já citadas no texto mostram que essas dimensões são atendidas pela no NASS e corrobora para que o resultado de longo prazo do modelo lógico seja alcançado, mesmo sabendo que existem outras falhas para serem sanadas.

A fala do D17 mostra que o serviço tem o acesso fácil para todos aqueles que buscam os serviços oferecidos pelos NASS. A facilidade do acesso ao NASS e sua localidade, são fatores que ajudam os usuários a optarem por este serviço, além de sua gratuidade para quem não consegue pagar o plano de saúde. Os que pagam, alguns, optam por usar a saúde complementar mesmo sabendo que o profissional pode ser o mesmo que esteja no NASS como mostra a fala da D16.

D16: “Eu indicaria sim. **A gente está dentro de uma universidade**, tem uma qualidade, os profissionais são gabaritados, de excelência, eu indicaria sim. Como é um serviço público, não sei se é pré-conceito meu, **se eu tenho particular eu vou para lá**. Se eu tivesse **precisando ou questão financeira, eu usaria mais o daqui**. Os médicos que estão lá são também da rede privada, eu indicaria sim”.

Sobre o impacto que o NASS causa na vida dos trabalhadores através da PASS, vamos analisar o ponto de vista dos gestores, trabalhadores do serviço e usuários. Os gestores, como mostra nas entrevistas do D7 e D8:

D7:[...] então esse **impacto veio meio diluído na UFPE**. Difere de uma outra unidade SIAS que ela começa do zero ... ela é nova, nunca teve uma unidade SIASS e de 2010 ela construiu prédio, fez todo o planejamento de pessoal e de material. Esse impacto nessas instituições ela é sentida diferente ... nós (UFPE), **já existíamos e até fomos modelos para outras unidades SIASS** ... Houve uma grande inauguração aqui na frente, outros Estados nos visitaram, como a própria UFRN ... lá houve um impacto pelo prédio grandioso e do ingresso de profissionais ... sinto que esse impacto aqui na UFPE foi diluído, não houve inauguração de um prédio, **a gente já fazia a política antes de existir** ... depois de um tempo, os **recursos foram caindo, não conseguimos ampliar o prédio, e nem construir em outro local, nem colocar mais programas de promoção da saúde, nossa estrutura ficou pequena** ... o servidor da universidade acha importante o NASS, mas não sente impacto de uma inauguração de unidade SIASS ... a gente sente falta dos sindicatos com essa discussão da própria saúde dos servidores de 2010 para cá, para eles o NASS continuasse e de repente fizesse promoção e segurança do trabalho. **A percepção é que o NASS é bem aceito**, houve um **impacto muito grande quando os funcionários não tinham acessos aos planos de saúde**, havia uma procura muito grande ... hoje existe **uma procura mais qualitativa, focada em uma especialidade**. A perícia não, ela é obrigatória, **você tem que vir para perícia** ... hoje que há **um movimento para tirar as perícias médicas das IFES, para tirar elas das unidades SIASS e colocar no INSS** ... quando se pensa nisso é que **você percebe que pode ter um impacto maior a saída ou o fim das unidades**

SIASS, aí o servidor público federal vai se dirigir ao INSS para fazer o agendamento da sua perícia com os funcionários da CLT... Se retirar as perícias da PASS. **Como a perécia é algo que existe e esta na lei 8.112, é o eixo mais forte...** onde você verifica que tem um sistema informatizado, posso ser periciado em qualquer unidade SIAS do país porque meu prontuário eletrônico esta lá, então assim, se eles conseguirem quebrar esse eixo, os outros eixos que são os mais fragilizados ficara mais fácil de ser quebrado.

D8: Eu posso falar de dois ângulos: Como gestora... e como servidora da universidade que utilizo dos serviços do NASS... o NASS é muito importante para o servidor, ele também é a porta de entrada do serviço de saúde. Antes do servidor ser admitido, ele vai para o exame admissional que é no NASS. Seja do ponto de vista da qualidade do atendimento e seja do dia a dia... o NASS é estratégico... ele precisa está envolvendo em todos os processos, seja capacitação de ingressos, seja nos protocolos de admissão, seja na capacitação ao longo da vida funcional e seja no processo de desligamento... preparação para aposentadoria, muitas vezes a gente não está preparado para se aposentar... educação para uma futura aposentadoria... outra coisa que deve ser reforçado no NASS é quando o servidor é acometido por uma doença e ele deve ser afastado por invalidez ... o servidor sofre muito, seja por redução do salário isso afeta sua vida e ele não sabe lidar com isso ou seja pela forma brusca com ele tem que sair da sua atividade laboral... o NASS e a PROGEPE ainda precisa avançar nesse aspecto... e uma questão urgente criar esse programa.

Ao analisar as falas dos gestores, é perceptível que o serviço é essencial para os servidores dentro da UFPE. Seja essencial no sentido da admissão do novo servidor, nas suas perícias atestando sua legalidade no processo de afastamento do trabalho, na promoção e vigilância da saúde através de programas como preparação para aposentadoria ou prontuário eletrônico do servidor que acessa o seu histórico laboral criando indicadores de acompanhamento e melhorando o seu processo de trabalho ou até mesmo na assistência médica.

A fala de D7 sobre o impacto do NASS não é apenas voltada para a vida laboral do servidor, têm um resgate histórico de exemplo para outras unidades SIASS que causam efeitos na vida de outros servidores com realidades e culturas diferentes, há também o impacto causado na vida dos servidores que não tinham plano de saúde e só tinham o NASS como fonte de acesso aos serviços básicos de saúde como cita a fala do D8 e que acrescenta que o NASS é estratégico e precisa está incluído em todos os processos que envolva a saúde de forma ampla do servidor.

Para os burocratas de nível de rua e que são o intermédio entre a política e o público que as consomem, acham que o serviço causa um bom impacto na vida dos usuários que procuram o NASS. Como podemos vê nas entrevistas do D1, D2 e D4:

D1: [...] o impacto que o NASS causa seria, aos servidores **uma questão de conforto...** eu vou citar dois serviços aqui que são extremamente procurados, dois não, corrigindo, três: o serviço de cardiologia, clínica médica e psicologia. Que assim, **levando para a parte privada e pública** que está se vendo hoje em dia, a **pública está bem conturbada e sobrecarregada** e a **privada está cara**. Então, **muita gente recorre aqui e vê como sinal de conforto mesmo** porque consegue esses tipos de **atendimento de forma gratuita**. **D2:** Assim, o **impacto muito grande**. Eu noto que **esse impacto varia de acordo com a renda dos servidores**[...] Os servidores que têm uma **renda alta**, normalmente **não chega até a gente**, basicamente eles vêm para realizar perícia. Os servidores que têm uma **renda média** eles **precisam demais do serviço**, principalmente no serviço x, os servidores que eu atendi eram caso **extremamente grave, que estavam sem**

assistência... quando a gente veio a demanda foi gritante, eles começaram a chegar e **agradeciam a existência** do serviço, eu noto que extremamente importante [...]. **D4:** O principal impacto no NASS é **oferecer essa assistência** ao servidor da UFPE porque muitos deles **não conseguiriam assistência se não fosse aqui pelo NASS**, por conta das **dificuldades do serviço público...** eles não conseguem ter acesso aos outros serviços de saúde. O NASS impacta nessa assistência e nesse cuidado, além da segurança do trabalho [...].

As falas dos entrevistados mostram que o serviço que eles executam tem um impacto significativo na saúde que gera qualidade de vida e conforto. Deve-se pontuar também que muitos veem o NASS com uma outra porta de acesso aos serviços de saúde como já citado nesta pesquisa, e que sem o NASS muitos estariam em filas de espera ou até mesmo sem assistência, já que os planos privados de saúde estão caros e muitos não conseguem pagar. O Entrevistado D2 nota que quanto menor a renda, maior a busca pelo serviço e que quanto maior a renda menor a busca pelo serviço. Essa observação feita pode ser explicada através da fala da D16 que está na íntegra nesta seção e que irei acrescentar apenas um recorte.

D16: “[...] se eu tenho particular eu vou para lá. Se eu tivesse **precisando ou questão financeira, eu usaria mais o daqui**. Os médicos que estão lá são também da rede privada, eu indicaria sim”.

Uma fala chamou à atenção durante essa pesquisa, foi a D5 que traz uma crítica à precariedade do Sistema Único de Saúde (SUS), as longas filas enfrentadas pelos usuários do sistema e a ineficiência da atenção primária em saúde em dar resolutividade aos casos dos seus comunitários sobre sua responsabilidade sanitária. Descreve que o NASS é mais uma forma de acesso ao sistema de saúde. O entrevistado relata que o NASS propicia a criação do vínculo (muito utilizado pela PNAB 2.433/2017), entre o profissional e o usuário.

D5: [...] e puramente positivo. Esses servidores têm essa assistência. A gente **sabe que temos um SUS extremamente precário, extremamente lento**, então assim, se fosse depender exclusivamente da **atenção primária, que já é insuficiente** das portas de entrada que demoram muito, os servidores não conseguiriam... para quem depende da assistência do NASS e não tem **condições de pagar um plano de saúde**, que depende do SUS, o NASS trás **uma contribuição imensa...** isso **influencia e muito na produtividade** no trabalho do servidor... e uma coisa fundamental o NASS... ter um serviço dentro da universidade que os servidores conhecem os seus profissionais e estes conheçam os seus servidores, **tem um vínculo muito maior e com isso qualidade de vida...**

O entrevistado D3 associa que os serviços oferecidos pelos NASS para os servidores e seus dependentes geram uma maior qualidade do serviço, aumento no desempenho da sua função, redução de conflitos e acolhimento entre os próprios funcionários. Vejamos:

D3: Os serviços desenvolvidos **pelo NASS eu vejo como sendo** de tal importância para os servidores e dependes, a gente sabe e constato que quando o **servidor é bem acolhido**, está tendo uma atenção a saúde e de seus familiares, isso favorece de maneira extraordinária... **o desempenho dos servidores e na qualidade de vida, no relacionamento dos servidores com outros servidores, com a chefia e obviamente na produtividade do serviço...** o NASS ele trás um suporte limitado,

sabendo que temos espaços para crescer e isso depende de vários fatores, de vários atores, **mas eu vejo o NASS como o coração dessa universidade...** já passamos seis meses sem funcionar por causa da cardiologia e era visível a frustração das pessoas ao procurar o serviço e não dispor deles. Em contrapartida, quando houve o retorno dos atendimentos, a gente pode perceber uma satisfação, uma alegria... isso reflete em todas as áreas da universidade.

Quando perguntado aos usuários que consomem as atividades desenvolvidas pelo NASS, obtivemos um bom resultado, mas não foi consenso. Um entrevistado diz que o NASS limita suas atividades apenas para o lado de perícias oficiais em saúde, ou seja, só validar atestado e que nesse aspecto pode ter impacto. Já nos outros eixos da política, não tem. Além disso, o entrevistado descreve que por o serviço não ser divulgado, os serviços são subutilizados, sem ações efetivas para promoção da saúde.

D14: Eu acho que o impacto **é ó no sentido de validar no ponto de vista legal**, uma licença, um afastamento. Eu não vejo o NASS atuante de forma a **impactar de uma maneira positiva em outros aspectos**. Ele é um serviço muito limitado, se limitam apenas ao atestado... se você tem dentro da unidade que você trabalha alguns **programas de educação para saúde**, você pode até se interessar, **e eu não vejo nada disso...** não tem uma campanha de saúde do trabalhador feita pelo NASS... **o NASS deve divulgar os seus serviços** para que os trabalhadores conheçam, para pode utilizar mais os serviços, deve ter serviços subutilizados por falta de divulgação...

Para os entrevistados D10, D11, D12, D13, D15, D16 e D17 o NASS não só tem impacto para implementação da PASS, e sim na qualidade de vida e do trabalho dos servidores.

D10: Eu acho que esse impacto eu senti mais recentemente quando eu passei a usar o serviço de psiquiatria, faz um ano que eu senti sintomas relacionados à ansiedade e fiquei preocupada. **Uma colega indicou o NASS...** O tempo é mais cômodo, você está dentro do ambiente de trabalho, dentro do seu horário de trabalho e ter essa assistência. Aí nesse momento eu descobri eles estavam desenvolvendo um **projeto em psiquiatria/psicologia** para os servidores, **acho que estava tendo uma demanda**, não sei o nome do projeto... vinha sendo acompanhada regularmente, consegui remarcar... estava gostando muito desse serviço, **foi algo que senti muito, usava esporadicamente**, ia mais para atendimento odontológico, mas era uma coisa que eu deixei de marcar, sempre tinha falta de insumos ... o serviço era muito restrito. **Esse da psiquiatria foi o que teve um impacto positivo e que pude visualizar melhor.** Repercussão muito positiva na minha vida e meu desempenho profissional, essa questão estava afetando o meu trabalho. **A partir disso, fiquei indicado o serviço para outros colegas do trabalho.** **D11:** Para mim está sendo muito importante é um **impacto positivo que ele está contribuindo com a minha saúde como servidora**, é no momento em que assumi um cargo de gestão foi de grande importância o NASS nesse processo que através do atendimento psicológico me ajudou a administrar muita coisa e eu continuo e o impacto é positivo. Além da comodidade de se perto, dá para você administrar sem você se ausentar do trabalho por mais tempo. Você chega mais cedo, enfim. E de grande importância. **D13:** Eu acho que para gente que trabalha dentro da universidade e que também é cliente/paciente é um **impacto muito positivo**. O fator da gente ter assistência à saúde dentro do local de trabalho da gente para um pronto atendimento facilita muito a vida da gente, principalmente no horário de trabalho... evita da gente está se ausentado muito do local de trabalho... além disso, **a qualidade dos profissionais** que atendem aqui. **D16:** O **impacto é positivo**. E um atendimento, é um serviço de saúde, é mais um acesso aos serviços de saúde. **D17:** O impacto eu acredito que é causado pela prevenção e do cuidado... os

benefícios causados por esse impacto é a qualidade de vida.

É perceptível pelas entrevistas analisadas que existe um impacto positivo na vida dos usuários que consomem a PASS oferecida pelo NASS dentro da UFPE. Os relatos dos *stakeholder* analisados nesta pesquisa, mostram que a PASS consegue alcançar seus objetivos mudando a qualidade de vida dentro do trabalho e ajudando nos relacionamentos interpessoais entre trabalhadores da UFPE.

Mesmo sabendo que há interferências negativas ocasionadas por falta de estrutura, recursos humanos e materiais, ausência de financiamento e ausência de divulgação da política, existe uma alta satisfação por parte dos usuários com o serviço prestado.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

O trabalho desenvolvido nesta pesquisa vem falar sobre a Política de Atenção à Saúde do Trabalho do Servidor Público Federal na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), além de avaliar sua implementação. Para obter os dados, realizamos entrevistas com os gestores, servidores e usuários do NASS.

O que mais se notou nas entrevistas e o que a estrutura física do NASS, o qual é um núcleo do SIASS não comporta os profissionais que lá trabalham e os usuários que buscam atendimento no serviço. As falas dos profissionais trazem a realidade de que NASS necessita ampliar o seu espaço físico a fim de melhor atender os seus usuários e oferecer conforto para os profissionais. Outro ponto levantado, é sobre a estrutura, a qual atrapalha cotidianamente o serviço dos profissionais.

Durante as entrevistas, muitos profissionais chegavam e não tinham uma sala para atenderem, esperavam que os funcionários dissessem onde eles iriam atender. Algumas entrevistas foram realizadas na sala da psicologia, onde se tinha uma estrutura mínima para acolhimento dos clientes que buscam o serviço. Ao mencionar sobre infraestrutura precária: os materiais permanentes do serviço precisam ser trocados por outros mais modernos, faltam materiais para odontologia, computadores novos e mobílias apropriadas. Muitas vezes o serviço da odontologia foi reagendado por falta de materiais básicos para que os profissionais pudessem realizar o seu trabalho. A infraestrutura do NASS é insuficiente mediante o atual quadro de servidores.

Atualmente, a UFPE possui em seu quadro de funcionários, aproximadamente, 6.319 colaboradores que por direito devem ter acesso ao NASS. Além disso, os seus dependentes podem ter acesso direto ao serviço, fazendo que esse número duplique ou triplique, ocasionando um colapso do serviço, se ao menos 10% do público-alvo procurasse o serviço. Não é só a infraestrutura que não suporta, o quadro de funcionários do NASS é outro ponto chave do debate dessa política.

A equipe do NASS é extremamente pequena para o número de colaboradores que a UFPE tem. Esse quadro reduzido de profissionais é um outro achado que agrava a situação do NASS. Muitos servidores relatam que se sentem sobrecarregado com a demanda que lhe é oferecida ou procurada. As especialidades do NASS que são mais procuradas é o serviço de saúde mental, executado por psicólogos e psiquiatras. O NASS possui, atualmente, 4 psicólogas e 3 psiquiatras que dividem entre assistência médica, promoção e vigilância em saúde e perícias dentro da UFPE. Um profissional da saúde mental relatou que existe uma fila de espera enorme para as psicólogas, que os funcionários necessitam de terapias, que fica difícil captar novos pacientes para o serviço e que nem grupo eles conseguem formar para ajudar no problema dos seus usuários.

Não podemos olhar só na questão do cuidado, mas também de quem cuida do cuidador. Esse profissional tem uma carga de trabalho exaustiva, a qualidade do seu serviço cai mediante a sobrecarga de demandas e a ausência de contratação de futuros profissionais. Uma fala de um servidor reforça o fato nessa “lacuna” do serviço, ele diz: “A gente apaga um foco do fogo, mas o fogo continua pegando”.

Essa frase não pode passar despercebida pelo serviço, é necessária uma atuação urgente dos órgãos competentes sabendo que o estamos em período de pandemia e a volta para o serviço será complicada por vários motivos, sendo dois deles: um por medo de se contaminar no serviços, após o novo normal e o outro é o impacto que o isolamento social trouxe na vida das pessoas. É de extrema importância que o NASS dialogue com os serviços de saúde mental do hospital das clínicas, com as faculdades de psicologia espalhadas pelo Recife e das redes de saúde do SUS para uma descentralização desses usuários, fazendo com que eles tenham acesso aos serviços de psicologia disponibilizados pelo serviço.

O SUS também não se encontra em uma boa fase, muita redução de financiamento dos serviços e uma alta demanda de usuários, já que muitas pessoas foram afetadas pela crise econômica e da pandemia, tiveram que cancelar seus planos de saúde privados.

O serviço de clínica médica do NASS também é penalizado, atualmente existe 01 profissional na área de clínica médica para atuar nas queixas clínicas dos. O especialista nessa área é detentor do conhecimento de várias patologias, especialista nas doenças do adulto, além de ser o profissional que encaminha os seus pacientes para as especialidades de patologias específicas (referência). Ele é responsável por não superlotar serviços de saúde, e de resolver várias queixas clínicas, se parece com o médico de saúde da família. Percebemos que apenas 01 profissional dessa área para toda população da UFPE é notório que é insuficiente e já causara fila de espera por atendimento, levando em consideração que ele deve promover os eixos de assistência médica, promoção e vigilância em saúde.

Comparando o serviço do NASS com a Política Nacional de Saúde de Família (PNAB-2433/2017), notamos que 01 médico de saúde da família deve ter responsabilização sanitária por um território definido com 2.000 e no máximo 3.500 pessoas. Percebemos, também, que o NASS tem 01 médico para aproximadamente 6.300 pessoas não colocando nesta conta os seus dependentes. Mediante esta comparação, é impossível que apenas um médico consiga atender toda a demanda que venha surgir. No mínimo, deveriam ser 3 médicos para acolher com qualidade as queixas do público-alvo.

Para melhorar a estrutura do NASS e o aumento de profissionais, é indispensável os investimentos em equipamentos, estrutura física, recursos humanos e nos eixos da política de atenção à saúde do servidor público federal. Esses investimentos já são realizados de forma muito escassa com recursos da UFPE.

É necessária uma maior participação do governo federal, com a criação de um fundo de financiamento específico como já existe para o Programa Nacional da Assistência Estudantil, criado pelo decreto 7.234/2010, que foque nas atividades de promoção, proteção, vigilância em saúde e perícias médicas propostas pela PASS e que são desenvolvidas pelas IFES espalhadas pelo país, incluindo a UFPE que foi o campo de estudo.

Outro ponto que deve ser trabalhado, é uma maior divulgação dos serviços oferecidos pelo NASS, para que os usuários e servidores entendam que existe uma política específica, que é direito garantido ao servidor, e que pouco é conhecida pelos funcionários que a desenvolvem e pelos usuários

que a consomem.

Divulgar a PASS na UFPE, deve ser uma prioridade da gestão, oferecendo cursos para todos os servidores entenderem quais os eixos da PASS, o seu objetivo e os resultados esperados a curto, médio e longo prazo já descritos nesta pesquisa no modelo lógico do NASS.

Conhecer a PASS pode fazer com que o servidor entenda o fluxo do serviço, quais as demandas mais urgentes e necessárias para se cobrar da gestão, estimular novas ações de saúde, participar da avaliação do serviço e onde pode melhorar, além de usar e defender que esse serviço não se acabe ou encerre. Quanto maior for a divulgação do serviço, maior poderá ser o número de usuários, já que é mais um serviço de saúde. Porém, existe o outro lado de que se aumentar o uso do serviço, aumentará a sobrecarga dos funcionários e a estrutura não comportará. Vamos esclarecer que quanto maior a participação dos usuários, maior será a disponibilidade de dados estatísticos que comprovem que o serviço é utilizado pelos docentes e técnicos administrativos e que precisa agir para melhorar os pontos já citados aqui.

Por fim, a pesquisa mostra que mesmo existindo vários pontos que podem melhorar na PASS, todos os usuários classificam o NASS como um suporte para sua vida funcional. Os usuários se sentem acolhidos, dizem que suas queixas de saúde são atendidas e sanadas pelo núcleo. Relatam que o serviço tem uma importância na sua atual condição de saúde. Falam que depois que começaram a usar o serviço oferecido pelo NASS não param de usar, seja a clínica médica, a odontologia, a psiquiatria, psicologia, a ginecologia. Os serviços oferecidos pelos NASS são de ótima qualidade, eu indico para os meus colegas, procurem o NASS lá a gente pode conseguir atendimento no HC quando é necessário suporte da rede, essas falas são de vários usuários que usam e indicam o NASS para outros servidores.

Durante o processo de entrevistas dos usuários, profissionais e gestores, é perceptível os esforços que são feitos pela gestão e pelos funcionários para oferecer suporte aos seus pacientes. Eles se desdobram em espaços pequenos, acolhem o servidor e fazem os encaminhamentos necessários. As intervenções que o NASS necessita são urgentes, o investimento realizado pela UFPE é muito pouco mediante as atividades desenvolvidas e o elo que existe entre o NASS e o servidor. É necessário que o governo federal também faça parte desse investimento e tente ampliar as especialidades já existentes no NASS para depois implementar novas especialidades que é uma queixa dos usuários do serviço.

O NASS por suas limitações de recursos humanos e financeiros não consegue executar todos os eixos da PASS como está previsto na política como, por exemplo: promoção da saúde, grupos de saúde mental, exames periódicos dos seus colaboradores, articulação com outras redes de serviços. Eles não conseguem executar por falta de recursos humanos, recursos materiais, financeiros e estruturais. Um questionamento fica nessa pesquisa: será que com o aumento de recursos financeiros e humanos, o NASS conseguiria executar os eixos da PASS? Esse questionamento ficará para novas pesquisas que venham surgir ou encontrar novos achados a partir dessa.

REFERÊNCIAS

ABAD, A. Resenha: “Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos”, de Leonardo Secchi. **Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais**, Brasília, v.2, n.2, p. 168-175, 2017.

ABDELAZIZ, F. M. **O Papel do Médico Perito nas Ações Trabalhistas**: Análise de Conteúdo da Literatura. 2018. 18p. Artigo (Especialização em Medicina do Trabalho) - Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

ABRUCIO, E. L., LOUREIRO, M. R. Burocracia e ordem democrática: desafios contemporâneos e experiência brasileira. PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. (orgs). **Burocracia e Políticas Públicas no Brasil**. Brasília: IPEA, 2018. p. 23-57.

ABRUCIO, F. (org.). **III Programa Latino-Americano de Seminários em Governabilidade, Gerência Política e Gestão Pública**. São Paulo: FGV, 2018.

ALMEIDA, M. S. **Entre as normas e a invenção**: a atuação dos burocratas de rua nas medidas socioeducativas em meio aberto. 2015. 196 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/281144>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

ARAÚJO, A. P. de. **Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal**: um estudo sobre a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS (2009-2013). 2014. 122f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo (org.). **Avaliação de Políticas Sociais**: Uma Questão em Debate. São Paulo: Cortez, 1998.

BONELLI, F. et. al. A atuação dos burocratas de nível de rua na implementação de políticas públicas no Brasil: uma proposta de análise expandida. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v.17, n. esp. nov. 2019.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais.

Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto No 5.961 de 13 de novembro DE 2006**. Institui o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal - SISOSP. Brasília, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N. 588, de 12 de julho de 2018**. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Brasília: CNS, 2018.

BRASIL. **Decreto No 6.856, de 25 de maio de 2009**. Regulamenta o art. 206-A da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 – Regime Jurídico Único, dispondo sobre os exames médicos periódicos de servidores. Brasília: Presidência da República, 2009.

BRASIL. **Lei No 8.112, de 11 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria No 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2013. p. 1-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal**. Brasília: MPOG, 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal**. 3.ed. Brasília: MPOG, 2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento E Gestão. **Decreto n. 6.833, de 29 de abril de 2009**. Institui o subsistema de atenção à saúde do servidor público federal – SIAAS e o comitê gestor de atenção à saúde do servidor. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria Normativa No 1, de 27 de dezembro de 2007**. Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas, e dá outras providências. Brasília: MPOG, 2007.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria SRH No 797, de 22 de março de 2010**. Institui o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, que estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC sobre os procedimentos a serem observados quando da aplicação da Perícia Oficial em Saúde de que trata a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília: MPOG, 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria No 7.729, de 3 de agosto de 2018**. Instituir, no âmbito da Secretaria de Gestão de Pessoas, o Grupo de Trabalho - SIASS/INSS/SGP, com a finalidade de elaborar proposta de projeto piloto de Unidade do Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS em Brasília/DF, que concilie as especificidades do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS aos pressupostos do SIASS e da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal - PASS. Brasília: MPOG, 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria No 8, de 13 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre o reajuste dos benefícios pagos pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS e dos demais valores constantes do Regulamento da Previdência Social - RPS. Brasília: MPOG, 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria Normativa No 03 de 07 de maio 2010**. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor - NOSS aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, com o objetivo de definir diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor. Brasília: MPOG, 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria normativa No 3, de 25 de março de 2013**. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC. Brasília: MPOG, 2010.

BURLANDY, L. BODSTEIN, R. C. A. Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 543-554, jul-set, 1998.

CAREGNATO, R. C. A.; REAGINA, M. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p 679-84, 2006.

CARTA DE OTTAWA: Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 20 de ago. 2020.

CARVALHO, I. A. et. al. Perfil ginecológico-obstétrico de gestantes atendidas em consulta de enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, [s.l.], v. 3, n. 2, 1973-82, 2011.

CARVALHO, V. A. Burocracia de nível de rua e os burocratas executores das políticas públicas. **Espaço Público**, Recife, v. 2, p. 114-119, dez. 2018.

CAVALCANTI, S.; LOTTA, G. S.; PIRES, R. R. Contribuições dos estudos sobre burocracia de nível de rua. In: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. (orgs). **Burocracia e Políticas Públicas no Brasil**. Brasília: IPEA, 2018. p. 227-246.

CHERQUES, H. R. T. Saturação em Pesquisa Qualitativa: Estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, [s.l.], v. 3, p. 21- 27, 2009.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CKAGNAZAROFF, I. B., BECHELAINE, C. H. O. As Avaliações Vão Para a Gaveta? Uma revisão teórica dos fatores relacionados ao uso de avaliações de políticas públicas.

Contabilidade, Gestão e Governança, Brasília, v. 17, n. 2 · p. 78 - 93 · mai./ago. 2014.

COSTA, M. C. **Avaliação de implementação da vigilância epidemiológica do município de Itaboraí no estado do Rio de Janeiro**. 2013. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

DEWES, J. O. **Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling**: uma descrição dos métodos. 2013. 53 p. Monografia (Graduação em Estatística) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas **Rev. Bras. de Cienc. Sociais**. São Paulo, v. 20, n. 59, 2005.

FONTANELLA, B. J. B., RICAS, J., TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan, 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; MAGDALENO JÚNIOR, R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 63-71, jan./mar. 2012.

FONTANELLA, B. J. B.; MAGDALENO JÚNIOR, R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Rev. Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 63-71, jan./mar. 2012.

FREIRE, M.; PACHECO, M. Saúde do Trabalhador: Um Desafio Para a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal (PASS). **Intervozes: trabalho, saúde, cultura**. Petrópolis, v. 1, n. 2, p 34-51, novembro/2016

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIANEZINI, K. et.al. Políticas públicas: definições, processos e constructos no século XXI. **Rev. de Pol. Públicas**. São Luis, v. 2, n. 2, p. 1065-84, 2017.

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

GILBERTO, A. M. Estudo de Caso: Uma reflexão sobre a aplicabilidade da pesquisa no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 8-18, 2008.

GOMES, C. M.; VASCONCELOS, L. C. F.; MACHADO, J.M.H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência&Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, 2018.

GOMES, M. C., COSTA, S. M. F. T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilema. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. Supl. 2, p. 21-32, 1997.

GONÇALVES, A. T. P. Análise de conteúdo, análise do discurso e análise de conversação: estudo preliminar sobre diferenças conceituais e teórico-metodológicas. **Administração: Ensino e Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, p. 275–300, 2016.

HARJA, A. M., HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 51, n. 4, out-dez., 2000.

HUPE, P. Dimensions of Discretion: Specifying the Object of Street-Level Bureaucracy Research. **Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management**, v. 6. n. 2, p. 425-440, 2013.

JACKSON FILHO, J. M.; PONCE, T. B. O papel dos agentes de recursos humanos na implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS). **Rev. Serv. Público**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 131-156 jan/mar 2017.

LACAZ, F.A. C. Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 49-51, 1994.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**. Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013.

LIMA, N. T.; SANTANA, J. P.; PAIVA, C.H.A. (orgs). **Saúde coletiva**: a Abrasco em 35 anos de história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

LIMA, W. A. S. L., MENDES, V. L. P. S. Estudos sobre a avaliação do Programa Nacional de Assistência Estudantil à luz das múltiplas abordagens teórico-metodológicas. Avaliação: **Rev. Educ. Sup.**, Campinas - SP, v. 25, n. 01, p. 199-218, mar. 2020.

LIPSKY, M. **Burocracia de Nível de Rua**: Dilemas do Indivíduo nos serviços públicos. Brasília: ENAP, 2019.

LOTTA, G. Burocracia, redes sociais e interação: uma análise da implementação de políticas públicas. **Revista de Sociologia e Política**. Curitiba, v. 26, n. 66, p. 145-173, jun. 2018.

LOTTA, G. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A (org). **Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática**. Belo Horizonte: Editora Pucminas, 2012.

LUCCHESI, P. Políticas públicas em Saúde Pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MARTINS, M. I. C. et. al. A política de atenção à saúde do servidor público federal no Brasil: atores, trajetórias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 22, n. 5, p. 1429-1440, 2017.

MICHIGAN LAW REVIEW. Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services, **Mich. L. Rev.** [s. l.], n. 811, 1981.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, DENIZE. Análise de Conteúdo como técnica de Dados qualitativos no campo da Administração: Potencial Desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, Jul./Ago. 2011.

NASCIMENTO, L. C. N. et al. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 228-233, Feb. 2018.

OLIVEIRA, G. A. A Burocracia Weberiana e a Administração Federal Brasileira. **R. Adm. Públ.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 47-74, 1970.

OLIVEIRA, V. E. Saúde Pública e Políticas Públicas: campos próximos, porém distantes. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 25, n. 4, p. 880-894, 2016.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: “Uma nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PEREIRA, R. C. D. V. As contribuições Especiais ao longo das Constituições brasileiras. 2014. 35 p. Artigo (Especialização Latu Sensu) - Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

PINTO JÚNIOR, A. G.; BRAGA, A. M. C. B., CRUZ, A. R. Evolução da saúde do trabalhador na

perícia médica previdenciária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2841-2849, 2012.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, R. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas do Trabalho Acadêmico**. 2.ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUEIROZ, J. V.; GONÇALVES L. A.; KRÜGER, G. N. Análise do grau de escolaridade das mulheres no Brasil. In: WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 13., 2017, Florianópolis; SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 11., 2017, Florianópolis. **Anais [...]** Florianópolis, 2017.

SANTIAGO, M. S. **Pesquisa avaliativa sobre o processo de implementação do programa de capacitação e qualificação da UFPE (2007 a 2018)**. 2020. 128 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

SANTOS, F. M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, São Carlos-SP, v. 6, n. 1, mai. 2012.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, [s.l.], v. 17, n. 1, p. 1-14, 2015.

SILVA, M. A. C.; LICORIO, M. O. Pressupostos legais à promoção à saúde do servidor público federal. **Revista de Administração e Negócios da Amazônia**, Porto Velho, v.6, n.3, set/dez. 2014.

SIMÕES, A. A. **Avaliação de programas e políticas públicas: tipologia e técnicas de Análise**. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2018.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez 2006.

SOUZA, L. P. S. et. al. A qualidade do atendimento prestado pelos prontos-socorros de hospitais públicos do Brasil. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Belo Horizonte, v. 11, n. 3 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Plano Estratégico Institucional**. Recife:

UFPE, 2013.

VILELA, P. R. Inep: 13% das instituições avaliadas em 2018 tiveram baixo desempenho. **Agencia Brasil**, Brasília, 12 dez. 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2019-12/inep-13-das-instituicoes-avaliadas-em-2018-tiveram-baixo-desempenho>. Acesso em: 09 jun. 2020.

YIN, R.K. **Estudo de Caso**: planejamento e método. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO COLETA DE DADOS

PERFIL DOS GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR (NASS)

Data da Coleta: _____ Local: _____ Tempo de duração: _____

ID da entrevista: _____ ID do áudio: _____ Tempo do áudio: _____

Idade: _____ Gênero: _____ Raça/cor: _____ Formação _____

Tipo de vínculo institucional: _____

Fez algum curso interno para assumir o tipo de vínculo institucional: _____

Tempo de vínculo institucional: _____

Tempo de formação: _____ Renda Mensal: _____

APÊNDICE B - INSTRUMENTO COLETA DE DADOS
ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA
OS GESTORES DA PROGEPE E NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR
(NASS)

ID da entrevista: _____

- 1) Qual o papel/atividade desenvolvida pelo gestor da PROGEPE/NASS na organização do setor e da qualidade do serviço?
- 2) Quais são as atividades desenvolvidas pelo NASS?
- 3) Qual o quadro atual de servidores do NASS e sua relação com a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS)?
- 4) Você conhece os Objetivos e os Eixos da PASS? Poderia explicar alguns deles?
- 5) Quais os fatores que interferem no serviço do NASS na sua visão de gestor?
- 6) Qual o financiamento atual do NASS e ele é suficiente para atender as demandas planejadas e que surgem?
- 7) Qual o impacto do NASS na vida do trabalhador dentro da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)?
- 8) Na sua opinião, o que poderia melhorar de forma geral no NASS e PASS?
- 9) Gostaria de acrescentar algo?

Observações relatadas pelo entrevistador: _____

APÊNDICE C - INSTRUMENTO COLETA DE DADOS ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA OS SERVIDORES DO NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR (NASS)

ID da entrevista: _____

- 1) Qual o papel/atividade desenvolvida pelo Servidor do NASS na organização do setor e na qualidade do serviço?
- 2) Quais são as atividades desenvolvidas pelo NASS?
- 3) Você conhece os Objetivos e os Eixos da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS)? Poderia explicar alguns deles?
- 4) Você acredita que o número de profissionais inseridos atualmente no NASS é adequado para a realidade da demanda acolhida pelo NASS?
- 5) Você se sente sobrecarregado com a atual demanda que lhe é oferecida pela no NASS?
- 6) Existe comunicação e/ou reunião entre os gestores da PROGEPE/NASS com os servidores do NASS?
- 7) Qual o impacto do NASS na vida do trabalhador dentro da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)?
- 8) Na sua opinião, o que poderia melhorar de forma geral no NASS e PASS?
- 9) Gostaria de acrescentar algo?

Observações relatadas pelo entrevistador: _____

APÊNDICE D - INSTRUMENTO COLETA DE DADOS ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA OS USUÁRIOS DO NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR (NASS)

ID da entrevista: _____

- 1) Qual o papel/atividade desenvolvida pelo NASS na vida do servidor (usuário) da UFPE?
- 2) Na sua concepção, o que mais lhe incomoda no serviço oferecido pelo NASS (Gestor e profissional)?
- 3) Como usuário do NASS, quais são as dificuldades encontradas para ter acesso ao serviço?
- 4) Você conhece os Objetivos e os Eixos da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS)? Poderia explicar alguns deles?
- 5) Você acha que o número de profissionais que atendem os usuários no NASS é suficiente para toda demanda?
- 6) Você indicaria o serviço do NASS para outros servidores?
- 7) Qual o impacto do NASS na vida do trabalhador dentro da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)?
- 8) Na sua opinião, o que poderia melhorar de forma geral no NASS e PASS?
- 9) Gostaria de acrescentar algo?

Observações relatadas pelo entrevistador: _____



contato@editoraomnisscientia.com.br 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 87 99920-5762 



contato@editoraomnisscientia.com.br 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 87 99920-5762 