

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

ARIANA LIRIO PANDINI FONSECA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

VITÓRIA, ES
2015

ARIANA LIRIO PANDINI FONSECA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marilene Olivier
Ferreira de Oliveira

VITÓRIA, ES
2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

M357n Fonseca, Ariana Lirio Pandini, 1975-
Representações sociais dos exames médicos periódicos /
Ariana Lirio Pandini Fonseca. – 2015.
94 f. : il.

Orientador: Marilene Olivier Ferreira de Oliveira.
Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública) –
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências
Jurídicas e Econômicas.

1. Representações sociais. 2. Exame periódico de saúde. 3.
Saúde do trabalhador. I. Olivier, Marilene. II. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e
Econômicas. III. Título.

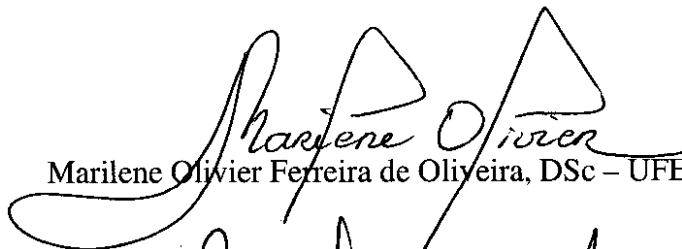
CDU: 35

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS

Ariana Lirio Pandini Fonseca

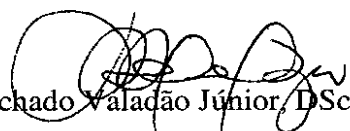
Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública da Universidade Federal do Espírito Santo como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em 21 de março de 2015 por:


Marilene Olivier Ferreira de Oliveira, DSc – UFES – Orientadora


Simone da Costa Fernandes, DSc – UFES


Andrea Romagnolli Campos, MSc – SALESIANA


Valdir Machado Valadao Júnior, DSc – UFU

Com carinho aos meus amores
Luciano, João Pedro e Luciana.

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui enche meu coração de gratidão.

Primeiramente, agradeço a Deus porque, afinal, é por Ele que eu tenho vida, e tantas pessoas e razões para agradecer.

Ao Luciano, pelo amor, parceria, alegria, carinho e suporte em todas as coisas.

Aos meus filhos, João Pedro e Luciana, por tornarem tudo mais divertido e concordarem que tudo precisava ser deixado para depois.

À minha sogra, Sindi, ao meu sogro, Alair, e ao meu irmão, Alex, pelo auxílio nas horas que precisei.

À minha avó, Laura, por estar ao meu lado mesmo sem entender “pra que” eu estudava.

À minha orientadora, professora Dra. Marilene Olivier, que com enorme generosidade compartilhou seus conhecimentos e com muita paciência deu incentivo-me a não desistir.

À equipe do Departamento de Atenção à Saúde da UFES, por acreditar que esta pesquisa poderia, de alguma forma, contribuir para a melhoria do trabalho daquele setor e para a discussão sobre o tema saúde do trabalhador na universidade.

À Pró-reitoria de Gestão de Pessoas, Maria Lúcia Casate, por apoiar-me nos momentos que precisei.

À Cida, pelas dicas textuais e ao Jorge pelo auxílio na produção dos gráficos.

À Ângela, pelas palavras de conforto nos vários momentos de angústia e pela disposição de revisar o trabalho.

À Solange, pela casa e pelo tempo tão precioso usado para me acompanhar nos momentos finais dessa dissertação.

À turma do mestrado, por manter-se unida até o fim.

Aos servidores da UFES que contribuíram imensamente respondendo os questionários.

A todos os amigos que comigo riram, choraram e oraram até que eu terminasse.

Por fim, ao meu avô, Aladir, e à minha mãe, Maria da Penha, os quais já não posso agradecer, mas com certeza, tem a minha gratidão pelo que foram e fizeram para que eu chegasse até aqui.

*[...]“O senhor poderia me dizer, por favor, qual o caminho que devo tomar para sair daqui?”
“Isso depende muito de para onde você quer ir”, respondeu o Gato.
(Lewis Carroll, Alice no País das Maravilhas)*

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo analisar as representações sociais dos Exames Médicos Periódicos (EMP) e como elas impactam na participação ou não dos trabalhadores da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) no EMP. Para alcançar esse objetivo, foi necessário identificar as representações sociais do EMP para esses trabalhadores, denominados servidores, elencando os fatores que contribuíram para a construção dessas representações e os motivos que interferiram na adesão ou não ao programa institucional do EMP. A revisão bibliográfica, realizada para contextualizar esta pesquisa, não localizou outros estudos com o mesmo enfoque. A pesquisa teve como base a construção sócio-histórica dos conceitos de saúde e trabalho na sociedade e repercussões nas políticas públicas que estabeleceram o EMP. A Teoria das Representações Sociais de Moscovici (2004) sustentou toda a análise realizada, permeada por importantes contribuições da perspectiva de saúde no binômio do biopoder e da biopolítica de Foucault (2002). A pesquisa quali-quantitativa foi a estratégia adotada para responder a questão da pesquisa "Quais são as representações sociais dos exames periódicos para os servidores da Ufes e como elas foram construídas". Como instrumento, utilizou-se a pesquisa documental, que levantou documentos da instituição referentes ao EMP, e o *e-questionnaire*. Os dados obtidos foram analisados pela estatística descritiva, no aspecto quantitativo, e no aspecto qualitativo a análise de conteúdo foi realizada a partir da categorização das respostas, seguindo a proposta de BALDIN (2004). Na parte quantitativa, o estudo indicou que não são relevantes para a construção da representação social do EMP as experiências prévias de acesso ou não a serviços de saúde, bem como a qualidade melhor ou pior dos mesmos, ou a existência de experiências qualificadas como negativas em situações associadas a saúde. O grupo que respondeu a pesquisa do EMP, elencou a realização de exames de rotina por conta própria como principal razão para a recusa. O grupo que respondeu que realiza o EMP, atribuiu esse comportamento a preocupação com a saúde e as obrigações institucionais. Na análise qualitativa, a categorização, realizada no tratamento dos dados, elegeu três categorias: **obrigação**, **cuidado**, e **procedimentos**. As categorias **obrigação** e **cuidado** indicaram uma forte Representação Social advinda da relação histórica da saúde com o emprego. O EMP é assim entendido como forma de cuidado com a saúde, mas ao mesmo tempo como um controle do empregador sobre os trabalhadores. Na categoria **procedimentos** ficou nítido o desconhecimento dos servidores da atual proposta do governo federal para a questão da saúde. Esse desconhecimento tem efeito significativo sobre a percepção do EMP para esses servidores e consequentemente na participação ou não destes no EMP. A pesquisa identificou também críticas e sugestões quanto a atual estruturação do EMP no âmbito da Ufes, o que possibilitou a elaboração de uma proposta de intervenção. O estudo concluiu que a Representação Social do EMP é um processo que está sendo construído no cotidiano desses trabalhadores, sendo fundamental que eles sejam chamados a participar mais ativamente desse processo, não só como trabalhadores, mas como sujeitos, produto e produtores das Representações Sociais.

Palavras-Chave: representação social; exame médico periódico; saúde do trabalhador.

ABSTRACT

The objective of this research was analyzing social representations in periodic medical examinations (PME) and their impact on the participation (or absence) of workers of the Federal University of Espirito Santo (UFES) in PME. In order to meet this objective, it was necessary to identify the social representations of PME for these workers, called "servidores" (in Portuguese), by listing the factors that contribute for building such representations and the reasons that interfere in the participation (or absence) at the institutional PME program. With a bibliographic review, conducted to contextualize this research, it was not possible to find studies with the same approach. Research was based on social/historical building of concepts about health and work in society and the consequences on public policies that created PME. The Theory of Social Representations (Moscovici, 2004) supported all the analysis, with the aid of important contributions from the perspective of health in the binomial bio-power and bio-policy from Foucault (2002). Qualitative and quantitative research was used to answer the question of research "What are the social representations of periodic examinations for the workers of Ufes and how were they built". As an instrument for research, one used documental research, which provided institutional documents related to PME and the e-questionnaire. Collected data was analyzed through descriptive statistics, concerning the quantitative aspect; concerning the qualitative aspect, the content analysis was done from the categorization of answers, according to the proposal of Baldin (2004). In the quantitative aspect, this study indicates that previous experiences with access (or lack of access) to health services, as well as the good or poor quality of these services, or the existence of negative experiences in situations related to healthcare are not relevant. Respondents who said that they do not participate in PME indicated the performance of routine examinations by themselves as the main reason for not taking part in institutional PME. Respondents who said that they take part in PME said that they do so because of concerns about their own health and institutional obligations. In qualitative analysis, the categorization, conducted in data processing, determined three categories: **obligation**, **care** and **procedures**. The categories **obligation** and **care** indicate an important Social Representation connected to the historical relationship between health and job. PME is understood as a way of healthcare but, at the same time, a way for the employer to control the employees. In the category **procedures**, it was clear that workers did not know about the proposal of the federal government about healthcare. This lack of knowledge has a significant impact on the awareness of workers about PME and, as a consequence, on their participation (or absence) in PME. This research also identified criticism and suggestions for the current structure of PME in Ufes, what made it possible to create a proposal for intervention. This study concludes that Social Representation of PME is a process that is being built in the daily routine of workers and it is very important to warn them to take part in this process, not only as workers, but also as individuals, products and producers of Social Representations.

Keywords: social representation; periodic medical examination; health of workers.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Objetivos e ações do SUS.....	35
Quadro 2 - Agrupamento semântico das palavras advindas do jogo de associação	72
Quadro 3 - Categorias de Análise	72

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Servidor X <i>campus</i>	49
Gráfico 2 - Participação no Exame Médico Periódico.....	50
Gráfico 3 - Acesso a serviços de saúde privados na infância	51
Gráfico 4 - Acesso a serviços de saúde privados na infância x realizar exames periódicos	51
Gráfico 5 - Atendimento pelo serviços de saúde público de saúde na infância	52
Gráfico 6 - Atendimento pelo sistema público de saúde na infância x realizar exames periódicos	53
Gráfico 7 - Tratamentos caseiros na infância nos casos de adoecimento	53
Gráfico 8 - Tratamentos caseiros na infância nos casos de adoecimento x realizar exames periódicos	54
Gráfico 9 - Experiências desagradáveis em hospitais e assemelhados na infância	54
Gráfico 10 - Experiências desagradáveis em hospitais e assemelhados na infância x realizar exames periódicos	55
Gráfico 11 - Exames laboratoriais frequentes na infância	55
Gráfico 12 - Exames laboratoriais frequentes na infância x realizar exames periódicos	56
Gráfico 13 - Problemas de saúde graves na infância	56
Gráfico 14 - Problemas de saúde graves na infância x realizar exames periódicos	57
Gráfico 15 - Tratamentos de saúde dolorosos na infância x realizar exames periódicos	57
Gráfico 16 - Tratamentos de saúde dolorosos na infância x realizar exames periódicos	57
Gráfico 17 - Acesso a serviços de saúde privados na fase adulta	58
Gráfico 18 - Serviços de saúde privados na fase adulta x realizar exames periódicos	58
Gráfico 19 - Serviços de saúde exclusivos pelo SUS na fase adulta x realizar exames periódicos .	59
Gráfico 20 - Serviços de saúde exclusivos pelo SUS na fase adulta x realizar exames periódicos .	59
Gráfico 21 - Preferência por tratamentos alternativos e caseiros nos casos de adoecimento	60
Gráfico 22 - Preferência por tratamentos alternativos e caseiros nos casos de adoecimento x realizar exames periódicos.....	60
Gráfico 23 - Experiências desagradáveis em hospitais e congêneres	61
Gráfico 24 - Experiências desagradáveis em hospitais e congêneres x realizar exames periódicos	61
Gráfico 25 - Hoje minha condição de saúde exige exames frequentes	62
Gráfico 26 - Hoje minha condição de saúde exige exames frequentes x realizar exames periódicos .	62
Gráfico 27 - Procuo serviços de saúde quando apresento sintomas que geram suspeita de doença grave	63
Gráfico 28 - Procuo serviços de saúde quando apresento sintomas que geram suspeita de doença grave x realizar exames periódicos.....	63
Gráfico 29 - Procuo serviços de saúde quando apresento sintomas que impedem as atividades cotidianas	64
Gráfico 30 - Procuo serviços de saúde quando apresento sintomas que impedem as atividades cotidianas x realizar exames periódicos	64
Gráfico 31 - Procuo serviços de saúde regularmente em função de doenças crônicas já diagnosticadas	65
Gráfico 32 - Procuo serviços de saúde regularmente em função de doenças crônicas já diagnosticadas x realizar exames periódicos.....	66

Gráfico 33 -	Procuro serviços de saúde regularmente para realização de exames de rotina.....	66
Gráfico 34 -	Procuro serviços de saúde regularmente para realização de exames de rotina X realizar exames periódicos	67
Gráfico 35 -	Razões para realização dos exames periódicos da UFES.....	68
Gráfico 36 -	Razões para não realização dos exames periódicos da UFES.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de servidores por <i>campus</i> da UFES.	46
Tabela 2 - Estado civil	49

LISTA DE SIGLAS

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

SIASS – Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor

RJU – Regime Jurídico Único

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

SIAPE – Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos

EMP – Exame Médico Periódico

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	16
1.1	INTRODUÇÃO	16
1.2	DELIMITAÇÃO, CONTEXTO E O PROBLEMA	19
1.3	OBJETIVOS	21
1.4	JUSTIFICATIVA	22
2	REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1	REPRESENTAÇÃO SOCIAL	24
2.2	A SAÚDE NO BINÔMIO DO BIPODER E DA BIOPOLÍTICA	26
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS	27
2.4	SAÚDE-DOENÇA.....	28
2.5	SAÚDE DO TRABALHADOR	36
2.5.1	Bases do modelo	36
2.5.2	Saúde dos Trabalhadores Brasileiros	37
2.6	EXAMES PERIÓDICOS	43
3	ELEMENTOS METODOLÓGICOS	45
3.1	O TIPO DE PESQUISA	45
3.2	DADOS E FONTES DE INFORMAÇÃO.....	45
3.3	A AMOSTRA /SUJEITOS DA PESQUISA.....	46
3.4	O INSTRUMENTAL DE COLETA DE DADOS	46
3.5	A FORMA DE PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	47
3.6	O FORMATO E PRINCIPAIS ELEMENTOS DO RELATÓRIO FINAL	47
4	ANÁLISE DOS DADOS	48
4.1	ANÁLISE QUANTITATIVA	48
4.1.1	Características da amostra	48
4.1.2	O e-questionnaire	50
4.2	ANÁLISE QUALITATIVA	70
4.2.1	as Representações Sociais dos Exames Médicos Periódicos	73
4.2.1.1	O EMP como Obrigaçã o.....	73
4.2.1.2	O EMP como Cuidado	76
4.2.1.3	O EMP como Procedimento	78

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
	REFERÊNCIAS.....	84
	APÊNDICE A.....	88
	APENDICE B.....	90

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 INTRODUÇÃO

O ser humano, desde os primórdios, viu-se ligado ao desenvolvimento de atividades laborais, para sua própria sobrevivência. Embora só tenha recebido uma denominação durante a Revolução Industrial, a divisão do trabalho se fez presente na medida em que o próprio gênero destinava à mulher a gestação e o cuidado da prole e ao homem a função de alimentá-los e protegê-los. Tal divisão podia ser vista em outras atividades como a caça e o contato com os deuses, que exigiam habilidades específicas que se configuraram como uma especialização.

Essa especialização permitiu o surgimento de diversos ofícios, dentre os quais os que se destinavam a servir aos nobres, como comerciantes, tecelões, artesãos, soldados, mercenários, prostitutas, religiosos e educadores, dentre outros. Tais profissões permitiram a sobrevivência dos homens enquanto liberais e formaram um segmento profissional em meio às comunidades e cidades existentes.

Com o domínio do fogo e o manuseio das ligas de metal, foi possível ao homem empreender jornadas que culminaram nos conflitos e disputas por outras terras e bens. Como resultado desse processo vieram os escravos, na forma de espólios de guerra, estabelecendo uma relação de trabalho diferente da que havia até então, mostrando claramente a existência de diversas configurações do trabalho desde a idade antiga.

Com o passar do tempo, ocorreu a consolidação de algumas instituições, como por exemplo, os exércitos, a igreja e a nobreza. À sua margem, formou-se uma horda que vivia na pobreza, espoliada e relegada a maus tratos e semiescravidão. A idade média, configurada como o período das trevas, revelou-se na escuridão não só em relação às artes e ao desenvolvimento da ciência, mas, sobretudo no domínio do ser humano. Ao final desse período, tem-se a estrutura medieval configurada nos feudos e relações de suserania e vassalagem, dando continuidade ao dual de poder superior versus subordinado (MONTEIRO, 1987).

A Revolução Industrial traz grandes descobertas e inovações para a sociedade da época. Neste contexto de mudanças gerais, as relações de trabalho sofrem também uma mudança drástica, como a migração da população do campo para a cidade, a

diminuição do trabalho autônomo, pois tanto o agricultor como o artesão passam a vender sua capacidade produtiva à indústria, perdendo o domínio sobre a atividade, constituindo outra relação de poder superior versus subordinação.

Até então, o ser humano trabalhava em função dos tempos da natureza, ou seja, havia o tempo de plantar, de esperar, de colher e de descansar a terra, durante os quais desenvolvia atividades diferenciadas, que começavam com a claridade do dia e encerravam com o pôr do sol (RIFKIN, 1996). O trabalhador gradativamente deixa de ter a visão do todo para trabalhar de maneira mais fragmentada, ocorre uma ampliação da jornada de trabalho, que se inicia mais cedo e termina mais tarde, uma vez que a luz elétrica não permitia mais distinguir o dia da noite.

Essa realidade das fábricas configurou-se como uma agressão ao modo de vida da população. O trabalhador rural ou doméstico, atraído pelos salários e possibilidade de melhores condições de vida, passa a submeter-se à lógica imposta pela indústria e perde a espontaneidade de guiar a vida pelos eventos da natureza ou valores culturais como festas, feiras, enterros, uma vez que esse processo social anterior comprometia a regularidade do trabalho fabril (COLBARI, 2001).

É nesse contexto que as consequências nefastas que advieram para o ser humano, em razão de suas atividades laborais, começaram a ser alvo de atenção. Não que esta situação adversa fosse inexistente em outros modelos, mas percebeu-se que as condições de trabalho deste empregado, submetido a cargas extenuantes, em ambientes favoráveis à proliferação de doenças infectocontagiosas e com riscos de mutilações e mortes em razão da manipulação das máquinas, implicava na queda de produção das fábricas (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Paralelamente à consolidação do modelo operário, diversos movimentos eclodiram na Europa, com destaque para o surgimento dos sindicatos e as greves em prol de melhorias das condições de trabalho. Tais movimentos desencadearam vários eixos de luta em todo o mundo que culminaram, inicialmente na Inglaterra, por volta de 1830, e posteriormente em muitos outros países, em uma série de ações expressas por meio de regulações das relações de trabalho, alcançando questões relativas à saúde do trabalhador (HOBSBAWM, 2000).

À essa época, o Brasil era um país eminentemente agrário, que ainda utilizava mão de obra escrava e, apenas a partir 1891, o país recém-proclamado República, editou

suas primeiras medidas pró-trabalhadores. Em 1930, foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e, com a promulgação da Constituição de 1934, foram assegurados aos trabalhadores direitos como liberdade sindical, salário mínimo, jornada de oito horas, repouso semanal, entre outros.

Posteriormente, em 1943, as normas trabalhistas brasileiras foram reunidas em um único código, por meio do Decreto-Lei nº 5452, denominado Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BRASIL, 2013). Na verdade, trata-se de uma regulação, que criou normas para os todos os atores envolvidos no processo de trabalho, seja governo, sindicato, patrão ou empregado. No entanto, a CLT não é universal, pois ficam de fora dessa regulação, por exemplo, os trabalhadores informais, os trabalhadores autônomos e os trabalhadores do setor público sob o regime estatutário.

Considerada um avanço social, a CLT cuidou desde sua publicação da atenção às condições de trabalho e de saúde do trabalhador, tais como: adequações mínimas necessárias de ergonomia nos ambientes de trabalho, segurança, higiene, entre outros.

Como citado anteriormente, as regras da CLT não se aplicavam aos trabalhadores ocupantes de cargos na Administração Pública. Os trabalhadores públicos possuíam estatuto próprio deste 1939, substituído por meio da Lei 1711 de 1952 e, posteriormente à Constituição Federal, em 1990 pela Lei nº 8112, conhecida como Regime Jurídico Único (RJU), mas nenhum destes abarcou todos os avanços relativos às condições de trabalho e de saúde do trabalhador previstos na CLT. Ao longo do tempo, tanto a CLT quanto o RJU passaram por diversas modificações que expressavam a condução das políticas públicas para cada uma dessas duas categorias de trabalhadores.

Nesse contexto, a questão da saúde laboral refletiu-se na legislação como uma das mudanças ocorridas no mundo do trabalho. Inicialmente, restringia-se ao saber médico numa visão higienista, chamado à época de Medicina do Trabalho. Visão substituída pela Saúde Ocupacional, que ao considerar o ambiente de trabalho, trouxe o conceito da prevenção para dentro das indústrias. Na atualidade, a Saúde do Trabalhador vai além da dicotomia saúde/doença e prevenção, relacionando saúde e trabalho como uma construção contínua e coletiva.

Dessa forma, em relação à saúde do trabalhador, entre os principais pontos que estão abordados nas duas legislações, encontra-se a instituição de um instrumento que exige a participação de trabalhador e empregador: o exame médico periódico, foco da presente pesquisa.

1.2 DELIMITAÇÃO, CONTEXTO E O PROBLEMA

Passados mais de 70 anos de regulação das normas trabalhistas e mesmo com avanços da legislação no tocante a saúde laboral, ainda é comum encontrar no Brasil processos de trabalho que comprometem o trabalhador em termos de sua saúde, quer física ou mental.

Essa condição denota que apesar do avanço nos textos normativos, ainda há muito a ser feito e que o tema precisa ser pensado de forma abrangente, indo além das imposições legais ao empregador, entendendo o trabalhador como um ator principal e não apenas como coadjuvante desse processo.

Nesse sentido, é preciso registrar que o trabalhador reproduz uma cultura quanto ao cuidado consigo mesmo. Isso pode ser constatado nas inúmeras situações em que é demandado a participar de ações de prevenção e, mesmo com conhecimento de causa, apresenta um comportamento de resistência diante do previsto na legislação, por exemplo, em relação ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e outras modalidades de preservar sua própria vida.

Considerando a saúde do trabalhador, concebida não só em relação ao ambiente de trabalho em termos de higiene e segurança, como também da qualidade de vida e prevenção contra doenças de maneira geral, o exame médico periódico, previsto em lei, constitui-se em uma das ações de acompanhamento da saúde, tanto dos trabalhadores regidos pela CLT, quanto daqueles regidos pelo RJU.

A construção da política pública de atenção à saúde do trabalhador pode, então, ser acompanhada não só por meio das alterações da CLT e do RJU, como também das demais políticas públicas de saúde do país, que tem o trabalhador como alvo de suas ações.

Este estudo pretende contribuir para o conhecimento existente nesta relação de saúde e trabalho, provocando uma reflexão sobre a participação do trabalhador no

processo de construção da sua saúde, que direta ou indiretamente alimentam essas mudanças na legislação e na implementação das políticas de saúde do país de forma geral e especificamente no contexto do trabalho.

Como recorte necessário, o estudo foi realizado com trabalhadores regidos pelo RJU, denominados pela legislação de Servidores Públicos Federais, em uma instituição pública, a Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), fundada em 1954, mas oficialmente criada como Instituição Federal em 1961.

Em dezembro de 2014, a Ufes contava com uma população de 3063 servidores, divididos em duas principais categorias profissionais: 1426 Técnicos Administrativos em Educação e 1637 Docentes, distribuídos nos quatro *campi* da instituição, dois deles localizados no município de Vitória e dois no interior do estado. Entre os servidores Técnico Administrativos em Educação, não foram incluídos os servidores que atuam no Hospital Universitário (HU) da UFES, considerando que o tempo disponível para a conclusão da pesquisa não possibilitaria a análise das particularidades desse grupo de servidores, não só por atuar em um ambiente específico da saúde, como pelo momento político que instituiu uma nova lógica de gestão dos HU no Brasil.

Pela data de criação da Ufes é possível constatar que os servidores da instituição vivenciaram as várias fases de mudança nas políticas públicas de saúde do trabalhador, incluindo o Exame Médico Periódico (EMP¹), porém, mesmo com os relatos dos servidores mais antigos afirmando que sempre existiu o EMP na instituição, a pesquisa documental realizada não localizou o ano de início do mesmo.

Contudo, mesmo sem conseguir precisar o momento em que a Ufes passou a oportunizar aos seus servidores o acesso ao EMP, é possível afirmar que esta instituição o disponibilizou aos servidores como parte do seu programa de assistência à saúde muito antes da previsão legal em 2009, por meio de uma alteração na Lei 8112/90, regulamentada em seguida pelo Decreto 6855/2009.

Nesse mesmo ano, em 2009, o Decreto nº 6833 instituiu o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), interligado ao sistema responsável pelo gerenciamento dos recursos humanos do Governo Federal, constituindo-se como

¹ No intuito de facilitar a leitura foi escolhida a sigla EMP para identificar o Exame Médico Periódico.

um portal para registro e consulta aos dados sobre a saúde do servidor, numa tentativa de universalizar os procedimentos nas diversas instituições públicas.

O SIASS mantém um prontuário eletrônico on-line de cada servidor, que armazena os registros de licenças para tratamento de saúde, como também os dados relativos aos resultados dos exames periódicos. Cabe ressaltar que a mudança de procedimento implementada pelo SIASS, não influenciou no pequeno número de servidores da Ufes que participam sistematicamente do EMP.

É importante destacar que o Governo Federal arca com todos os custos do EMP, podendo o servidor realizar os exames durante o turno de trabalho. Mesmo assim, o que se verifica é que o servidor da Ufes apresenta baixa adesão, sendo inferior a 20% em 2013.

Considerando a construção das políticas públicas de atenção à saúde do servidor, e a baixa resposta dos servidores à convocação para realizar os exames periódicos, questiona-se:

Quais são as representações sociais dos exames periódicos para os servidores da Ufes e como elas foram construídas?

1.3 OBJETIVOS

A partir da discussão feita anteriormente foi traçado o seguinte objetivo geral de pesquisa:

Analisar as representações sociais do EMP para o servidor da Ufes e os reflexos destas representações na adesão ou não destes trabalhadores ao EMP.

Por decorrência, de forma mais específica, será necessário:

Identificar as representações sociais do EMP para o servidor da Ufes;

Elencar fatores que contribuíram com a construção das representações sociais do EMP para o servidor;

Apresentar os motivos que tem dificultado e os que tem facilitado a adesão do servidor ao programa de exame periódico institucional;

1.4 JUSTIFICATIVA

Para Gil (1991), a motivação de uma pesquisa é sempre a compreensão de um fenômeno, independente se o objetivo é o conhecimento em si mesmo ou a busca por contribuições práticas decorrentes desse conhecimento.

Nesse sentido, a importância social do tema Saúde do Trabalhador indica a relevância da pesquisa, uma vez que além de ampliar o conhecimento atual pode contribuir para a discussão das práticas existentes.

A Lei determinando a implementação do EMP nas instituições públicas foi promulgada em 2009, mas a sua efetividade ainda está distante da previsão legal, pois o que se verifica é a utilização muito aquém dos recursos orçamentários destinados ao EMP e a baixa adesão dos servidores ao programa.

Dessa maneira, as instituições públicas sujeitas a essa legislação necessitam ir além do mero cumprimento do rito administrativo, encontrando maneiras de incluir os atores envolvidos no processo. Faz-se necessário entender os motivos pelos quais os servidores não atendem ao apelo do governo federal para a participação do EMP e não se sensibilizam pelas campanhas, e convocações realizadas pelas instituições.

Acredita-se que a discussão suscitada possa trazer ganhos na relação do sujeito com a sua saúde e com o seu trabalho, bem como da instituição com seus trabalhadores, encontrando formas de implicação e contribuição na construção coletiva e contínua da saúde do trabalhador.

Assim, o processo como um todo tem significados, seja na participação efetiva dos servidores na realização do EMP, bem como na recusa declarada, ou mesmo no fato de ignorar a sua existência ou os convites da instituição para sua realização. A proposta do estudo é entender essa realidade e compreender as escolhas dos trabalhadores frente a uma imposição legal que envolve saúde e trabalho.

Os resultados encontrados acrescentam-se aos conhecimentos existentes, permitindo uma discussão, tanto na instituição pesquisada, como de forma ampliada nas demais instituições sujeitas a mesma legislação, sobre as formas de

implementação do EMP e sua efetividade, o que pode provocar mudanças benéficas no processo e por consequência, ganho aos atores envolvidos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 REPRESENTAÇÃO SOCIAL

A Teoria das Representações Sociais, como ramo da Psicologia Social, foi inicialmente apresentada por Serge Moscovici em 1961 a partir da ideia trazida da Sociologia, não mais como simples conceito, mas explorada como fenômeno, dada a dinâmica das suas estruturas (MOSCOVICI, 2004).

Para o autor, as representações sociais são criadas para ajustamento dos sistemas perceptivos e para entendimento da realidade, uma vez que, tanto individual, quanto coletivamente, todos estão cercados por palavras, ideias e imagens. Dessa forma, são as representações sociais que orientam em direção ao visível, oferecem respostas aos estímulos, relacionam a aparência com a realidade ou com a definição dessa realidade.

Enquanto fenômeno complexo, a representação social

[...] é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com o objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber do senso comum [...] (JODELET, 2001, p. 22).

Moscovici (2004), para proposição da teoria, partiu da observação de que dentro da Psicologia Social eram apresentadas duas crenças acerca do pensamento. A primeira, que o pensamento conforma a realidade, determinando dessa forma o curso dos acontecimentos e a segunda, na qual são os “objetos” que conformam o pensamento e determinam sua interiorização na e pela mente. Embora elas pareçam diametralmente opostas, afirma que é necessário aceitar que as duas representam um aspecto real da relação entre os mundos interno (pensamento) e externo (realidade).

O autor, então, buscou encontrar uma maneira para descrever como as representações interveem na atividade cognitiva coletiva e até que ponto são independentes ou determinantes dela, aceitando que sempre existe uma certa quantidade de autonomia e de condicionamento em cada ambiente natural ou social. Assim, atribuiu às representações duas funções: convencionalizar e prescrever objetos, pessoas ou acontecimentos.

Sobre a primeira função, convencionalizar, Moscovici (2004) explica que as representações formatam, categorizam e gradualmente colocam objetos, pessoas ou acontecimentos em um modelo de determinado tipo aceito por um grupo de pessoas, de maneira que novos elementos se juntam e são sintetizados nele, mesmo que não se enquadrem exatamente àquela forma, sob pena de não serem compreendidos. A realidade é assim convencionalizada.

Sobre a segunda função, prescrever, o autor esclarece que as representações são constituídas por meio da tradição e das estruturas que são impostas ao modo de pensar e agir das pessoas. Elas são produtos de elaborações e mudanças que ocorrem no decorrer do tempo, resultado de sucessivas gerações, controlando dessa forma a realidade de hoje por meio do sucesso de ontem e da continuidade desse processo, caracterizando assim sua função prescritiva.

A teoria das representações sociais ocupa-se, então, de estudar as formas como são processadas essas representações, manifestadas por meio do senso comum, nos discursos, nos hábitos diários e nas práticas de determinada coletividade a fim de entendê-las.

Para tanto, Moscovici (2004) enumera dois processos que agem na formação das representações sociais: a ancoragem e a objetivação.

A ancoragem constitui-se no processo imediato de classificação de novos conceitos, ideias e imagens em categorias julgadas adequadas. “Categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele” (MOSCOVICI, 2004, p. 63). É como no dito popular “*a primeira impressão é a que fica*”, ou seja, sempre que um novo conceito, imagem, objeto ou pessoa é apresentado, há uma significação em termos, por exemplo, de útil/inútil, bonito/feito, simpático/antipático, bom/ruim ou ainda uma associação com uma categoria de adjetivação pré-existente que o incorpora no social.

Já a objetivação, consiste em descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou seja, em como o conceito é reproduzido em uma imagem e em como se dá o intercâmbio entre conceito e imagem, que expressa como realidade primeiro a imagem, depois o seu conceito.

2.2 A SAÚDE NO BINÔMIO DO BIOPODER E DA BIOPOLÍTICA

Poder para Foucault (2002, p.21) é delineado como uma relação de força repressora que só existe por ato, ou seja, quando é exercido: “[...] poder é essencialmente o que reprime. É o que reprime a natureza, os instintos, uma classe, indivíduos.”. O autor assume que essa concepção difere daquelas nas quais o poder é tido como um direito original que poderia ser cedido, dado ou trocado nos termos de um contrato social e de poder como funcionalidade econômica, embora ele mesmo reconheça seu profundo entrelaçamento com a economia.

A partir disso, conceitua biopoder e biopolítica como novas tecnologias políticas e de poder aplicadas sobre o homem enquanto ser vivo, dentro da discussão a respeito das formas de repressão para exercício do controle da natureza dos fenômenos coletivos. Novas, porque não se tratam das tecnologias disciplinares de controle, cujo “corpo individual é objeto e alvo do poder” (FOUCAULT, 2000 p.132), mas daquelas que a complementam, a partir dos processos que atuam sobre as massas, ou seja, sobre a população, tais como os processos políticos, econômicos, de natalidade, mortalidade e longevidade. Isto porque não aborda o corpo social, nem o indivíduo corpo, como esclarece Foucault (2002, p. 292)

[...] é um novo corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável. É a noção de “população”. A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder [...].

Esse poder, como força repressora, é exercido no biopoder e na biopolítica por meio de ferramentas ou tecnologias de poder, que são estabelecidas a partir do triângulo verdade – direito – poder, posto que Foucault (2002) considera que o saber produz verdades, que geram regras de direito, que fortalecem os mecanismos de poder.

Dessa forma, a “[...] tecnologia de poder, essa biopolítica, vai implantar mecanismos que tem certo número de funções muito diferentes das funções que eram dos mecanismos disciplinares” (FOUCAULT, 2002, p. 292).

Não se trata, por conseguinte, em absoluto, de considerar o indivíduo no nível do detalhe, mas, pelo contrário, mediante mecanismos globais, de agir de tal maneira que se obtenham estados globais de equilíbrio, de regularidade; em resumo, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação (FOUCAULT, 2002, p.294).

Num primeiro momento, da análise disciplinar, falava-se de altas taxas de morbidade e da necessidade de prolongamento do ciclo de vida, no contexto atual pode-se falar da regulamentação de um sujeito coletivo no ambiente de trabalho, para que não se perca sua utilidade, não se deteriore seu potencial de produção, evitando incorrer em riscos de perdas econômicas pela falta de cuidado consigo mesmo.

O controle sobre a saúde então entra em cena com normas legais que se apresentam sobre o coletivo, mas atingindo o indivíduo pois “os mecanismos disciplinadores do corpo e os mecanismos regulamentadores da população são articulados um com outro.” (FOUCAULT, 2002, p.299).

Nesse contexto, a medicina enquanto saber passa a ser utilizada como técnica política de intervenção, uma vez que se trata de “[...] um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (FOUCAULT, 2002, p. 302) que são retroalimentados pela norma. Trata-se então de uma norma geral que vale para todos e que disciplina o corpo (sociedade de normalização) numa “[...] articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação.” (FOUCAULT, 2002, p. 302).

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS

Souza (2006) explica que o estudo de políticas públicas como área de conhecimento, nasceu de duas vertentes. A primeira, na Europa, dedicada a análise do papel do Estado e suas instituições, entre as quais a mais importante, o Governo, produtor de políticas públicas. A segunda, nos EUA, sem vínculos com a base teórica do papel do Estado, mas com ênfase na produção dos governos.

Saraiva (2006) esclarece que essa última foi fortalecida ao longo dos anos de 1980, como decorrência da percepção de que, diante de um contexto de rápidas mudanças, o Estado não conseguia reagir e atender aos anseios da população utilizando-se das ferramentas advindas da administração de empresas, principalmente em razão das diferenças entre a administração pública e privada.

Para definir políticas públicas o autor resume:

Trata-se de um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade.

Decisões condicionadas pelo próprio fluxo e pelas reações e modificações que elas provocam no tecido social, bem como pelos valores, ideias e visões dos que adotam ou influem na decisão. É possível considerá-las como estratégias que apontam para diversos fins, todos eles, de alguma forma, desejados pelos diversos grupos que participam do processo decisório. A finalidade última de tal dinâmica consolidação da democracia, justiça social, manutenção do poder, felicidade das pessoas – constitui elemento orientador geral das inúmeras ações que compõem determinada política (SARAIVA, 2006, p.28).

Então, pode-se entender que enquanto produção dos governos, as políticas públicas são a expressão das táticas governamentais para prover soluções preventivas e corretivas de problemas que afetam ou possam afetar a sociedade, e ainda daqueles apresentados por grupos de interesse que não podem ser desconsiderados nesse processo. Não só isso, mas também implicam no planejamento, disseminação da ideia, disponibilização de recursos, capacitação de pessoal, instrumentação tecnológica e todos os meios necessários à sua consecução.

2.4 SAÚDE-DOENÇA

2.4.1 A CONSTRUÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA

A concepção sobre o binômio saúde-doença foi sendo alicerçada pelo entendimento inicial da doença como um evento perturbador da saúde, para o qual a cura foi estabelecida como principal elemento para a consecução e garantia da saúde.

Desde os primeiros conglomerados sociais, os seres humanos depararam-se com mazelas que assolavam seus corpos e seu emocional, as quais frequentemente eram atribuídas à ira dos deuses, ou a ação de demônios, ou ainda ao fruto de alguma maldição. Nessa visão mágico-religiosa das doenças, a relação de causa-efeito fazia com que aqueles que fossem acometidos por algum mal, também carregassem o estigma da desobediência ou do desagrado divino.

Dessa forma, explicações místicas, ritualísticas e metafísicas eram aplicadas na busca de alívio para esses tormentos, e, de acordo com cada cultura, envolvia a presença de pajés, curandeiros, sacerdotes-médicos ou xamãs, que mesclavam o misticismo ao uso empírico de ervas e emplastros para cura desses males (SCLIAR, 2002).

A concepção racional acerca da doença, na qual suas causas e efeitos deixaram de ser atribuídos às divindades e passaram a ser explicadas em termos naturalistas, foi propagada a partir de dois filósofos gregos: primeiro Hipócrates e, posteriormente, Galeno.

Segundo explica Queiroz (1986), apesar da racionalidade, o pensamento desses filósofos recebeu a influência de dois mitos gregos: Hygeia (deusa da saúde) e Asclépius (deus da medicina). O primeiro apregoava que a saúde dependia do modo de vida, cabendo ao médico descobrir e prescrever restrições comportamentais e dietéticas com o objetivo de alcançar a melhor adequação ao meio social e físico, uma vez que a doença seria fruto de um relacionamento inadequado com a natureza. O segundo, não se detinha ao modo de vida do doente, mas delegava ao médico o papel de tratar e corrigir as doenças, com ênfase no aspecto sintomático e curativo da medicina. De fato, muitos autores apontam esses aspectos na medicina praticada por Hipócrates e por Galeno (QUEIROZ, 1986; SCLiar, 2002; BYNUM, 2011; REZENDE, 2009; EDLER, 2006, CARBINATTO; MOREIRA, 2006).

Scliar (2002) e Bynum (2011) relatam que Hipócrates - 460 a 370 a.C., considerado pai da Medicina, afirmava que as doenças tinham causas naturais e, na busca pela cura, aplicava técnicas de tratamento que envolviam dietas, banhos, exercícios, uso de purgantes, laxantes, sangrias, mudanças de ares e outros.

Carbinatto e Moreira (2006) atribuíram à medicina hipocrática um paradigma holístico, pois, segundo eles, Hipócrates tinha como objeto de estudo o indivíduo como um todo e afirmava que a doença local não poderia existir, bastando uma pequena parte do corpo adoecido para comunicar dor ao corpo todo. Esse paradigma também foi observado por Bynum (2011, p. 16) na relação médico-paciente, sobre a qual afirma:

O médico hipocrático precisava conhecer seu paciente a fundo: quais eram suas circunstâncias sociais, econômicas e familiares, como vivia, o que costumava comer e beber, se havia ou não viajado, se era escravo ou homem livre, e quais eram suas tendências a desenvolver doenças.

Por outro lado, mas dentro dessa mesma visão naturalista e racional da doença, Galeno - 130-200 d.C., que, segundo Bynum (2011), se via como responsável por estender e completar os ensinamentos de Hipócrates, deu ênfase ao fisiologismo estudado

a partir da dissecação de animais, uma vez que, àquela época, essa prática era proibida em corpos humanos.

Tanto a medicina hipocrática quanto a galênica eram praticadas à beira do leito, pois, geralmente, os “médicos” eram chamados até a residência do paciente onde realizavam a avaliação e intervenção terapêutica. No entanto, o acesso a esse recurso era restrito aos mais ricos. Nesse período, mesmo as estruturas mais rudimentares de hospitais eram raras e destinadas apenas a situações particulares tais como para o tratamento de feridos de guerra, ou para abrigar necessitados em casos de surtos epidêmicos (BYNUM, 2011).

Os estudos sobre fisiologia de Galeno estabeleceram o princípio de que qualquer alteração de função correspondia a uma lesão e vice-versa, os quais foram tomados como marco para a fisiopatologia (REZENDE, 2009). Dessa forma, estabeleceu que o alcance da saúde dependia tanto do diagnóstico racional e sistemático, quanto da intervenção do médico diretamente sobre os fatores diagnosticados (AYRES, 2004).

Seus ensinamentos, bem como suas técnicas de tratamento, serviram como referência para a prática da medicina por mais de mil anos, quando, já no Renascimento, os estudos de anatomia baseados em dissecações de corpos humanos revelaram as inúmeras inconsistências naquilo que ele ensinava (BYNUM, 2011). No entanto, a sequência sintoma, diagnóstico, medicamento e possível cura como ponto central da relação médico-paciente, ainda é percebida na medicina ocidental até os dias atuais (AYRES, 2004).

Em grande parte da Idade Média, o desenvolvimento da medicina, assim como as ciências em geral, foi combatido pela religião e contribuiu pouco para o combate das diversas epidemias que levaram à contaminação e morte de grande número de pessoas na Europa, ocorridas em razão dos movimentos populacionais, da miséria, da falta de higiene, de saneamento e de cuidados preventivos. Nesse período, a medicina era vista com desconfiança e como afronta ao poder divino (SCLIAR, 2002).

Mesmo sem o entendimento científico das formas de contágio e do reforço da ideia das doenças pestilentas como castigo divino, medidas profiláticas foram adotadas no intuito de detê-las. Nesse sentido, Foucault (2000) relata o rígido sistema de vigilância e quarentena, nem sempre de ordem médica, que era implantado nas

idades onde as doenças espalhavam-se. Os habitantes eram postos isolados em suas próprias casas, eram severamente monitorados quanto à ocorrência de adoecimentos ou mortes, e processos de fumigação (purificação por fumaça) eram realizados nas residências, com ou sem o consentimento dos moradores.

Já no final da Idade Média, a grande internação aparece como meio de conter não apenas as doenças contagiosas, mas também, como forma de isolar da sociedade em hospedarias fora da cidade, a exemplo do que se fazia com os leprosos por recomendação bíblica, os mendigos, as prostitutas, os senis, ou seja, aqueles que pelo comportamento ou condição, incomodavam aos ricos. O meio utilizado para justificar tal procedimento foi adjetivar essas categorias de pessoas de insanos, surgindo a partir daí o conceito de doença mental (FOUCAULT, 1997).

Com o movimento iluminista, a medicina abandona a filosofia e a religião para construir-se a partir do corpo e do biológico, e o conceito de doença concentra-se na disfunção do corpo e do funcionamento do órgão. Ao considerar os estudos de Galeno como marco para fisiopatologia (REZENDE, 2009), pode-se aceitá-los também como precursores da concepção de saúde como ausência de doença nos moldes dos argumentos sobre a anatomia patológica de Foucault.

Para Foucault (1997), a anatomia patológica apresenta a doença como mais importante que o sujeito, ao limitar o tratamento ao órgão doente e ao tratar a pessoa doente como órgão doente. Há, assim, uma valorização do visível que reforça a compreensão de saúde como ausência de doença, levando o indivíduo a só considerar-se doente caso existam sintomas que inviabilizassem suas atividades.

O trabalho do médico se concentrava, então, em restabelecer o funcionamento do órgão doente para que as limitações do indivíduo causadas pela doença fossem extintas, ou seja, institui-se a medicina curativa, que segundo Arouca (2003, p. 13), trata-se de uma “prática médica que se esgota no diagnóstico e terapêutica, onde a prevenção e a reabilitação são secundárias sendo, finalmente, a medicina que privilegia a doença e a morte contra a saúde e a vida”.

Essa relação com o sujeito e a doença aos poucos foi sendo ampliada, surgindo novos olhares por meio da medicina preventiva e a promotora de saúde.

A medicina preventiva abandona a visão da doença como evento e começa a compreendê-la como processo, cuja intervenção pode possibilitar seu

abrandamento, ou mesmo evitar sua ocorrência, ou seja, de processo que pode ser interrompido.

Na medicina promotora de saúde, que surge como movimento internacionalista, a visão da doença como processo é ainda mais ampliado. Porém sua principal atenção não está na doença, mas voltada para a saúde, que deixa de ser compreendida como ausência de doença para ser caracterizada como bem estar, como qualidade de vida.

Dentro dessa visão, a saúde é “promovida” por

[...] ‘uma combinação de estratégias’: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidade pessoais, do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais; isto é, trabalha com a ideia de ‘responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (CZERESNIA; FREITAS, 2003, p. 3-4).

Dessa forma, a promoção da saúde depende tanto de ações governamentais, quanto atitudes individuais que contribuam para o alcance da saúde dentro de uma nova concepção.

2.4.2 O CONTEXTO BRASILEIRO

No Brasil, as concepções do binômio saúde/doença desenvolveram-se num processo longo, construído a partir dos determinantes sociais da saúde.

A concepção mágico-religiosa das doenças também era predominante entre as populações indígenas, para as quais o pajé, por meio de rituais e uso empírico de ervas, cumpria o papel de curandeiro e de intermediador com o divino (SCLIAR, 2002).

Com a chegada dos portugueses, um novo quadro descortinou-se, pois muitos deles estavam contaminados por algum tipo de doença já presente na Europa, para as quais os índios não possuíam defesa imunológica nem conhecimento para tratamento. As práticas de medicina então disponíveis atendiam somente ao homem branco, levando, conforme Edler (2006), a dizimar tribos inteiras.

Posteriormente, os negros africanos trazidos como escravos, trouxeram elementos típicos de sua vida incluindo doenças específicas. Somando-se a isso as condições

precárias nas quais viviam, e a falta de acesso a tecnologia dos portugueses acabaram por miscigenar, não só o corpo físico, como também os aspectos culturais com os índios. Assim pode ser visto nesse Brasil colonial, uma prática empírica da medicina ligada às plantas e ervas medicinais e à dimensão religiosa, por meio de rezas, benzeduras e rituais para tratamento de seus problemas de saúde (SCLIAR, 2002).

No Brasil, a desigualdade relacionada ao acesso à saúde não é recente. Não é de hoje que se vê uma classe privilegiada tendo acesso aos recursos da época e outra relegada aos “destinos da sorte”. Contudo, a corte portuguesa, não podia permanecer alheia aos problemas de saúde da população, até mesmo porque dificultavam seus interesses econômicos, dando início a uma série de medidas higienistas e eugenistas.

Com a vinda da família real portuguesa para o Brasil e a criação da primeira organização nacional de saúde, tem-se o início dos cuidados preventivos em saúde pública que foram ampliados após a proclamação da independência com a municipalização dos serviços de saúde, medidas compulsórias de imunização, criação do Instituto Vaticínico do Império e seus regulamentos (BRASIL, 2014).

Logo após o país tornar-se República, a ocorrência de surtos epidêmicos de doenças transmissíveis acarretou o incentivo público às pesquisas biomédicas e à formação, em moldes militares, de campanhas sanitárias, que embora tenham sido eficazes no combate às epidemias, resultaram também na Revolta das Vacinas, ocorrida em 1904.

Observa-se nesse contexto, o jogo de interesses entre as elites no poder e a população que vivia um paradoxo, ou seja, a necessidade de assistência à saúde sem tê-la e a obrigatoriedade de tomar a vacina, sem compreendê-la e aceitá-la.

Esse tipo de procedimento, embora sustentado por explicações consideradas racionais, revestem-se de fundo funcionalista, configurando-se em medidas higienistas, uma vez que de acordo com Rezende (2009, p. 42) havia a

[...] deterioração das condições de vida da população trabalhadora, de higiene e saneamento das cidades, proliferação de cortiços e favelas, focos de desordem e reservatórios de vetores de doenças infecciosas, aglomeração de maltrapilhos nas ruas à espera de trabalho, surtos epidêmicos que dizimavam a população de recém-chegados [...]

De acordo com Mansanera e Silva (2000), era claro o interesse no controle higiênico dos portos, na proteção da força de trabalho e em políticas que contemplassem a questão racial. Dessa forma

Abriu-se o campo para a proliferação de tecnologias e para o trabalho de especialistas que investigavam sobre a saúde dos imigrantes, a situação sanitária dos portos, o dia-a-dia das cidades, a higiene infantil, os hábitos e costumes populares, a eugenia ou “ideal de branqueamento” do povo brasileiro, o trabalho fabril, o mundo do crime, etc. (MANSANERA; SILVA, 2000, p. 117).

Pode-se dizer então que essas medidas traduziram o interesse político e econômico da elite dominante. Assim, o aspecto preventivo entrou em cena.

Ainda de acordo com Mansanera e Silva (2000) surgiu no país um movimento de higiene social, cujos articuladores avocaram o direito e o dever de “proteger” higienicamente a população. A essa concepção foi associada uma outra, o da eugenia, ou seja, do controle social na busca por um ideal racial.

Tais pensamentos impregnaram-se de tal forma na elite do país, que passaram a fazer parte da Constituição de 1934, adentrando a vida das pessoas. Exemplo dessas práticas é dado por Mansanera e Silva (2000, p.124) ao afirmarem que:

A escola, como local de ensino também da higiene, deveria estar orientada para a defesa social contra as patologias, a pobreza e o vício que se alastraram pelo país. Os higienistas pretendiam ter na escola alunos amáveis, conscientes de seu dever, para uma comunhão social equilibrada.

Essa concepção estendeu-se ao ambiente de trabalho, o que pode ser visto em Reis (1994) que relata que na década de 1930, o presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) deu suporte à preocupação dos higienistas relativas ao alcoolismo entre os militares, estendendo as campanhas antialcoólicas às escolas. Dessa forma, buscaram o “abstencionismo” total dos professores para servir de exemplo aos alunos. Esses professores deveriam não só manterem-se abstêmios, como também assinarem o “Livro dos abstêmios” da LBHM. Tal procedimento foi implementado também em relação aos alunos.

Não demorou muito e a prática adentrou outros espaços organizacionais, a partir da observação das atividades de algumas profissões que envolviam a vida de muitas pessoas, tais como motoristas, maquinistas, pilotos, etc.

Segundo Braga (1930, p. 273-274), a legislação passou a regular cada vez mais o mundo do trabalho, exigindo dos trabalhadores comportamentos e hábitos que

evitassem acidentes, para o que era necessário que tivessem “[...] visão nítida, memória viva, mãos firmes”.

A partir desse contexto, outras medidas regulamentadoras foram sendo tomadas, com foco no caráter impositivo e controlador, em nome da preocupação com o bem-estar do trabalhador.

Essa preocupação refletia o contexto econômico brasileiro, onde a crescente mão de obra industrial, notadamente a indústria automobilística, exigia ações mais amplas de amparo à sociedade. No entanto, o Governo adotava medidas ainda insipientes, como a criação do Ministério da Saúde em 1953, sem que essa criação representasse uma efetiva resolução dos problemas de saúde do país (POLIGNANO, 2007).

Os alicerces da atual saúde pública do Brasil foram plantados nas Conferências Nacionais de Saúde. Na V Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, e posteriormente, no bojo da VIII Conferência, foram definidas as bases que nortearam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que propunha, entre outras diretrizes, que a saúde deveria ser garantida a todos pelo Estado.

Diante desse cenário, a Constituição Federal de 1988, trouxe entre seus princípios fundamentais o Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]” (BRASIL, 1988).

Dois anos depois, em 1990, o SUS foi efetivamente criado por meio da Lei 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica, universalizando o acesso a saúde, dispondo sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços, reunindo os objetivos e as ações mostrados no quadro a seguir.

Objetivos	Ações
Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde	Vigilância sanitária
Formulação de política de saúde	Vigilância epidemiológica
Assistência às pessoas por meio da promoção, proteção e recuperação da saúde	Saúde do trabalhador
	Assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica

Quadro 1 - Objetivos e ações do SUS

Fonte: Lei nº 8.080/1990.

Observa-se, portanto, que apesar da ampliação da política de saúde, a questão da saúde do trabalhador continuou sendo objeto da intervenção do Estado na Política Pública atual, quer seja no sentido de proteção, quer seja com o olhar do controle, dentro da proposta de ter um trabalhador apto à produção.

2.5 SAÚDE DO TRABALHADOR

2.5.1 Bases do modelo

As primeiras constatações de ação governamental sobre as relações de trabalho, ainda que não pudessem ser denominadas políticas públicas, são observadas a partir da Revolução Industrial que, apesar de apregoada como marco de desenvolvimento tecnológico, gerou inúmeras críticas à maneira pela qual a relação capital-trabalho foi constituída.

Essa nova relação laboral, segundo a análise de Marx (1988), estabeleceu-se de forma funesta ao ser humano. Os trabalhadores que, enquanto liberais, tinham a visão de todo o processo de produção, foram levados a executar tarefas fragmentadas em nome do aumento de produtividade e conseqüente lucro de seus empregadores.

Além disso, passaram a cumprir extensas jornadas de trabalho por baixos salários, confinados em ambientes propícios à proliferação de doenças, além de sofrer com ocorrências de mutilações e mortes em razão do manuseio das máquinas. (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Hobsbawm (2000, p. 400) ressalta que a lógica dessa relação implicava no empregador “comprar” a mão de obra pelo menor valor, enquanto o trabalhador batalhava na tentativa de “vendê-la” pelo maior valor possível, demonstrando assim grande sensibilidade a incentivos salariais, “[...] até o ponto em que a seguridade social, o conforto no trabalho, o lazer, etc. **competem (competissem)** com o dinheiro” (adequação nossa).

Em função desse tipo de dominação, vários movimentos surgiram na Europa como sindicatos e greves em prol de melhorias, que impulsionaram o processo de regulamentação das relações de trabalho. Todavia, Hobsbawm (2000) afirmou que, à essa época, tais regulamentações muito mais refletiam as ações já praticadas

dentro das fábricas do que propriamente uma ação proativa do governo em termos de proteção ao trabalhador, ressaltando inclusive, que o Estado tendia mais às reivindicações dos empresários que às dos trabalhadores.

Especialmente por que foi percebida queda de produtividade nas fábricas em razão, tanto dos danos físicos causados aos trabalhadores, quanto das insatisfações geradas que, além das formas de produzir, também as questões relacionadas aos ambientes de trabalho e saúde dos trabalhadores passaram a ser observadas (MENDES; DIAS, 1991). Inicialmente na Inglaterra, a aprovação de leis que tratavam das condições de trabalho e a presença do médico nas instalações industriais marcaram o surgimento da medicina do trabalho, tratada como medicina de fábrica, cujo modelo difundiu-se por diversos países (MENDES; DIAS, 1991, GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Gomez e Thedim-Costa (1997) destacam que nesse modelo, cabia ao médico de fábrica vistoriar as instalações, detectar processos danosos e recuperar as condições físicas dos funcionários de maneira a retorná-los às linhas de produção. Além disso, cabia também ao médico de fábrica a função de defender o proprietário nas questões relacionadas aos problemas de saúde de seus trabalhadores.

Mendes e Dias (1991) ressaltam que a demanda por serviços de saúde foi acentuada pelas próprias mudanças ocorridas durante a Revolução Industrial, mas a difusão desse modelo de “proteção” deveu-se principalmente à inexistência ou fragilidade de sistemas de assistência à saúde pública, o que tornava o trabalhador, de certa forma, dependente dos “serviços médicos” prestados pelas empresas, ao mesmo tempo em que esses atendiam aos interesses dos empregadores por exercerem controle da força de trabalho.

2.5.2 Saúde dos Trabalhadores Brasileiros

O Brasil, à época da Revolução Industrial, era um país eminentemente agrário que ainda utilizava mão de obra escrava e possuía poucas fábricas em funcionamento. As primeiras ações do governo em relação aos trabalhadores deram-se após a proclamação da República, quando foram editadas medidas pró-trabalhadores, quais sejam: o Decreto nº 1.313, de 1891, que regulamentava o trabalho dos

menores de 12 a 18 anos; a composição, em 1912, da Confederação Brasileira do Trabalho – CBT, que reunia reivindicações dos trabalhadores e a criação do Conselho Nacional do Trabalho, em 1923, como órgão consultivo em âmbito federal para assuntos relacionados à organização do trabalho e previdência social (BRASIL, 2013).

Em 1930 foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, sendo, com a promulgação da Constituição de 1934, assegurados direitos aos trabalhadores como liberdade sindical, salário mínimo, jornada de oito horas, repouso semanal, entre outros.

Apesar dessas primeiras regulamentações, Pandolfi (1999) destaca que a ampliação da industrialização e urbanização no Brasil deu-se efetivamente a partir de 1937 com Getúlio Vargas, cujo governo apresentou valorização da classe trabalhadora. Nesse governo, foi realizada a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada por meio do Decreto Lei 5.452 em 1º de maio de 1943. Segundo Campana (2008), a CLT foi elaborada seguindo recomendações extraídas das Convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT), agência ligada à Organização das Nações Unidas (ONU), da qual o país é membro fundador.

Inicialmente a CLT contava com 921 artigos divididos por assuntos em onze títulos, subdivididos em capítulos e estes em seções. O texto inicial passou por 182 alterações ao longo de seus mais de 70 anos.

A CLT não se resume em um manual de direito dos trabalhadores, mas na regulamentação oficial para a relação entre empregado e empregador, para a organização sindical, para a Justiça do Trabalho, para o Ministério Público do Trabalho e para o processo judiciário do trabalho.

No Título II, Capítulo V – Higiene e Segurança do Trabalho do texto original, observa-se a primeira referência à proteção da saúde do trabalhador, na qual são apontadas questões diversas relacionadas aos ambientes, às condições ergonômicas das atividades, ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) e ao trabalho desenvolvido em condições insalubres. Também foi introduzida a obrigatoriedade de exames médicos com fins de avaliação da saúde do trabalhador no ato de sua admissão, e periodicamente apenas nos casos de atividades consideradas insalubres ou perigosas. O texto da lei demonstra claramente a

preocupação quanto a doenças decorrentes da atividade profissional, ao tornar obrigatória a notificação até da simples suspeição de doenças produzidas ou decorrentes do trabalho em atividades insalubres. É possível supor que, naquele momento, estivesse sendo considerado que apenas o trabalho em condições insalubres fosse capaz de produzir doenças laborais.

A primeira grande alteração da CLT sobre esse assunto deu-se por meio do Decreto-Lei nº 229, de 28 de fevereiro de 1967, quando o capítulo V passou a ser denominado Segurança e Higiene do Trabalho. Essa alteração dividiu diversas seções por temas, tratando por exemplo, de prevenção de acidentes, de equipamentos de proteção individual, da Medicina do Trabalho e de outras relativas às instalações físicas das empresas e às condições do ambiente de trabalho.

Nessa alteração, foi feita a primeira referência à obrigatoriedade de constituição das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAS) e incluída a seção V - Medicina do Trabalho, na qual foi tornado obrigatório o exame médico admissional e periódico para todos os trabalhadores, sem, no entanto, estabelecer a periodicidade para aqueles que não desenvolviam suas atividades em condições consideradas insalubres, devendo para esses, ser realizados a cada seis meses.

Segundo consta no § 3º do artigo 167, os exames médicos deveriam ser orientados no sentido de investigar a capacidade física do empregado para a função que era exercida ou que viesse a exercer.

A esse respeito, por meio da Lei 7.855, de 24 de outubro de 1989, a CLT recebeu a alteração válida até a presente data, que determinava a obrigatoriedade dos exames médicos periódicos por conta do empregador, na admissão, na demissão e periodicamente, de acordo com instruções complementares do Ministério do Trabalho.

É possível notar que desde sua publicação, a CLT abordava amplamente assuntos diretamente relacionados com a saúde e segurança do trabalhador, tais como as condições mínimas necessárias de ergonomia nos ambientes de trabalho, a segurança, a higiene, a remuneração e outros. Contudo esta norma não se aplicava aos trabalhadores ocupantes de cargos na Administração Pública.

A construção da regulação da relação de trabalho dos então denominados funcionários públicos, tinha enfoque diferente. Foi inicialmente descrita para orientar

o ingresso, os direitos e deveres, com poucas referências às condições de trabalho e à proteção da saúde desse trabalhador.

As tentativas de regulação para esse segmento de trabalhadores é anterior à CLT. Segundo Wahrlich (1983), desde 1907 a Câmara dos Deputados já havia empreendido esforços para adoção de um estatuto regulador para o funcionalismo público. A autora afirma que esses esforços foram reconhecidos e acompanhados pelo Conselho Federal do Serviço Público Civil (CFSPC), criado durante o governo de Getúlio Vargas por meio da Lei nº 284 de 28 de outubro de 1936, chamada Lei do Reajustamento, que tinha entre suas competências, elaborar o regimento interno dos servidores públicos federais.

Wahrlich (1983), relata que os trabalhos do CFSPC resultaram na aprovação de 2.966 resoluções, referentes a reclamações e reivindicações de funcionários e outros assuntos.

Sobre isso, Luís Simões Lopes, diretor do CFSPC à época (LOPES, 1990), afirmou em entrevista que as reclamações eram recebidas, examinadas e, assim, eram propostas as modificações que parecessem justas, e arquivadas aquelas que afrontassem a orientação filosófica da própria lei.

A conclusão do regimento interno, todavia, ficou no encargo do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), previsto na Constituição de 1937 e criado pelo Decreto-Lei nº 579, de 30 de Julho de 1938, que assumiu as atribuições do CFSPC e o extinguiu.

Proposto pelo DASP, o primeiro Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União foi o Decreto-lei nº 1.713, de 28 de Outubro de 1939, aprovado somente por meio da Lei nº 1.711 de 28 de Outubro de 1952, que o instituiu como regime jurídico dos funcionários públicos civis (WAHRLICH, 1983).

O estatuto era dividido em três títulos: o primeiro, que tratava do provimento e vacância dos cargos públicos, o segundo, que abordava as questões relativas aos direitos e vantagens dos funcionários públicos, e o terceiro, que discorria sobre os deveres e as ações disciplinares às quais estariam sujeitos.

As questões relativas à saúde desses trabalhadores foram tratadas de forma pontual. Havia previsão de que o funcionário deveria gozar de boa saúde como pré-requisito para ser provido em cargo público, e quando ocorresse situação que

modificasse seu estado físico ou suas condições de saúde diminuíssem a eficiência para a função, o mesmo deveria ser readaptado em nova função, mais compatível com sua capacidade física ou intelectual.

Outras previsões referiam-se à necessidade de inspeção médica para verificação da capacidade ou incapacidade para exercício da função, nos casos de reintegração, readmissão, reversão, remoção e aproveitamento.

Eram previstos 1) pagamento de adicional, ali tratado como gratificação, para as atividades com risco à vida ou à saúde, e 2) concessão de licenças remuneradas ao funcionário para tratamento da própria saúde. Para esse caso, o atestado médico e o laudo da junta deveriam indicar minuciosamente e claramente a natureza e a sede do mal que tivesse “atacado” o funcionário. Até mesmo a licença à funcionária gestante era concedida mediante inspeção médica.

Havia também uma previsão de criação de planos de assistência, que incluiria a previdência, o seguro, a assistência médico-dentária e hospitalar, os sanatórios, as colônias de férias e cooperativismo além de um programa de higiene, conforto e preservação de acidentes nos locais de trabalho.

A Constituição Federal de 1988 previu que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituiriam, dentro das suas competências, um regime jurídico único para seus servidores. No âmbito federal, a Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990, instituiu o novo regime jurídico dos servidores públicos do Poder Executivo Federal, revogando assim o estatuto anterior.

As questões relativas à saúde do servidor executivo federal, tratadas na Lei 8.112/1990, mantiveram o caráter previdenciário do estatuto anterior, quanto à preservação dos direitos de afastamento do serviço para tratamento da própria saúde e para acompanhar pessoa da família. Também o pagamento, agora tratado como adicional, para os casos nos quais as atividades laborais fossem executadas em ambientes insalubres ou perigosos e para os operadores de raio x.

No entanto, a estruturação da política pública de atenção à saúde do servidor é observada somente a partir da instituição do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) e do Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor por meio do Decreto 6.833 em 29 de Abril de 2009, que estabelece como objetivo do SIASS:

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

Essa norma referente ao acompanhamento da saúde do servidor federal leva em conta os conceitos de assistência, perícia oficial e promoção à saúde, definindo Assistência à Saúde como prevenção, detecção precoce de doenças, tratamento e reabilitação da saúde do servidor; Perícia Oficial em Saúde como avaliação da saúde do servidor para fins de exercício das suas atividades laborais e também como requisito para obtenção de benefícios de caráter previdenciários; e Promoção à Saúde como intervenção nos processos individuais e nas relações coletivas que possam levar ao adoecimento do servidor.

O Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor, por sua vez, é o responsável pelas diretrizes dessa política e pelo funcionamento das Unidades SIASS e, conforme determina o Decreto nº 6.833 de Abril de 2009, [...] pautará suas ações visando tornar célere o atendimento ao servidor, especialmente no que se refere às ações preventivas, e reduzir o tempo de ausência do servidor do seu ambiente de trabalho.” (BRASIL, 2009)

Para efetivar essas diretrizes o Governo Federal implementou um portal *web* para cuidar especificamente das questões relativas à saúde do servidor, o portal Saúde ou portal do SIASS². Esse portal, que reúne informações de saúde e segurança do trabalho, transparece para os órgãos públicos federais e para seus servidores como sendo a personificação do SIASS, uma vez que se trata de um sistema, e não de um órgão ou de um setor.

O módulo que iniciou o funcionamento do portal do SIASS foi o de Perícia Oficial, disponibilizado em 2009. Em 2011, o Governo Federal implementou o módulo de exames médicos periódicos, e posteriormente foi implementado o módulo de promoção à saúde. As ações de perícia, exames periódicos e de promoção à saúde

² O portal Saúde (SIASS) é um módulo do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos – SIAPE.

são registradas no portal pelas unidades SIASS, que funcionam dentro de órgãos públicos federais que assinaram Termos de Cooperação para essa finalidade.

2.6 EXAMES PERIÓDICOS

A oferta de exames médicos periódicos para os servidores públicos federais foi estabelecida como obrigação dos órgãos públicos, a partir da alteração do artigo 206-A da Lei nº 8.112/90 e de sua regulamentação pelo Decreto 6.856, de 25 de maio de 2009 e pela Portaria Normativa SRH nº 04, de 15 de setembro de 2009.

Art. 206-A. O servidor será submetido a exames médicos periódicos, nos termos e condições definidos em regulamento (BRASIL, 2009).

Todos os órgãos públicos, mesmo aqueles que não abrigam uma unidade SIASS, devem, conforme determina a legislação, oferecer exames periódicos aos seus servidores.

O processo de execução tem como interface o portal web do SIASS, onde são inseridas todas as etapas e todos os resultados apurados. Esse processo tem início quando a Unidade SIASS define o período no qual o portal estará “aberto” para registro das informações relativas a participação ou não do servidor, procedendo com a seleção dos servidores que serão convocados a realizar os exames periódicos. Dentro da periodicidade determinada por lei, relativa a idade dos servidores, a Unidade SIASS tem autonomia para estabelecer os critérios de seleção de acordo com sua realidade ou necessidade, podendo ocorrer por gênero, setor de trabalho e outros.

Após a seleção realizada pela Unidade SIASS, o próprio sistema, por meio do portal, envia um *email* alertando o servidor sobre a convocação com informações do que será necessário fazer. O servidor deve acessar o portal e responder primeiramente se concorda ou não em realizar o EMP. Em caso de recusa, uma vez que o servidor não é obrigado a realizá-lo, deve imprimir, assinar e enviar a Unidade SIASS o termo de responsabilidade disponibilizado no portal formalizando sua recusa.

Caso concorde em participar, é necessário responder a um questionário *on-line* sobre seu histórico de saúde, inclusive familiar, seus hábitos, suas condições de trabalho e sua satisfação com a função que desenvolve. Seguida essa etapa, o servidor emite as guias de exames laboratoriais, de imagem e outras

complementares, conforme o caso, e após a realização dos exames prescritos, agendar consulta com o médico. É importante ressaltar que existe uma Portaria normativa especificando quais os exames devem ser feitos pelo servidor de acordo com idade e gênero.

O médico que trabalha na Unidade SIASS, no momento da consulta, faz o acesso via internet, ao módulo dos exames periódicos. Nesse módulo, o médico pode consultar o histórico de saúde do servidor, seus afastamentos para tratamento de sua própria saúde ou para acompanhar pessoa da família, o registro de acidentes de trabalho, a concessão de adicionais de insalubridade ou periculosidade e ao questionário respondido previamente pelo servidor, cujas informações podem ser complementadas durante a anamnese, caso o médico julgue pertinente. Nesse momento, o médico poderá também, se considerar necessário, solicitar exames complementares.

Os resultados apurados no exame clínico e nos exames laboratoriais, de imagens e outros complementares, são registrados pelo médico que conclui sobre as condições de saúde do servidor para, então, emitir, ou não, o Atestado de Saúde Ocupacional – ASO. Esse atestado serve como comprovação de que o servidor está em boas condições de saúde para execução de suas atividades laborais.

3 ELEMENTOS METODOLÓGICOS

O problema de pesquisa configura-se como o elemento central, a partir do qual se tem o norteador para obter-se a coerência e coesão entre os objetivos e o desenvolvimento do projeto.

Dessa forma, foi necessário fazer uma reflexão sobre o tipo de pesquisa mais adequado, na busca das representações sociais do EMP para os servidores da UFES, partindo-se da concepção de que as representações sociais são observáveis enquanto fenômenos complexos que agem na vida social, compostos por vários elementos que dão informações sobre o estado da realidade, sobre os quais a pesquisa estará centrada (JODELET, 2001).

3.1 O TIPO DE PESQUISA

A partir da tipologia das pesquisas, entendeu-se que se trata de uma pesquisa quali-quantitativa e descritiva.

Na dimensão quantitativa, verificou-se a opinião dos servidores a partir de uma amostra estratificada em dois segmentos Técnico Administrativos em Educação (TAE) e Docentes.

Em termos qualitativos a investigação debruçou-se sobre as representações sociais da temática.

Dentre essas duas grandes abordagens, configura-se também esta pesquisa como descritiva, por buscar descrever os elementos impeditivos e os que estimulariam o servidor a participar do processo de EMP.

Para amparar o diagnóstico realizado, foi necessária uma pesquisa na bibliografia existente, o que permitiu a escolha da sustentação teórica para a análise das informações coletadas.

3.2 DADOS E FONTES DE INFORMAÇÃO

Quanto aos aspectos quantitativo, qualitativo e descritivo da pesquisa foram utilizados dados primários coletados junto aos sujeitos da pesquisa. Dados

secundários foram utilizados para a parte da pesquisa de caráter bibliográfico, extraídos de livros, artigos, portais de internet, dissertações e teses, bem como em documentos da instituição relacionados ao EMP.

3.3 A AMOSTRA /SUJEITOS DA PESQUISA

A amostra foi constituída de uma parcela representativa da população de servidores da UFES, que em dezembro/2014 era composta por 1.426 Técnicos Administrativos em Educação e 1.637 docentes, distribuídos nos quatro *campi* da instituição, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de servidores por *campus* da UFES.

GRUPO	ALEGRE	GOIABEIRAS	MARUÍPE	SÃO MATEUS	TOTAL
Docente	223	890	353	171	1637
Técnico-administrativo em Educação	126	1048	161	91	1426
Total Geral	349	1938	514	262	3063

Dada a dimensão da população, trata-se de uma amostra intencional, uma vez que a coleta de dados será realizada via *e-questionnaire*, considerando-se o retorno obtido em relação ao apelo.

3.4 O INSTRUMENTAL DE COLETA DE DADOS

A pesquisa quantitativa teve como instrumento de coleta de dados o *e-questionnaire* (Apêndice A), ou seja, aplicação de questionário via *Web*. Utilizou-se a ferramenta formulário do Google Docs para preparo do questionário on-line.

No levantamento bibliográfico realizado, não foram localizadas pesquisas sobre a adesão de trabalhadores em exames periódicos, quer na esfera pública, quer na privada. Assim, sem estudos similares, o levantamento bibliográfico teve sucesso apenas no tocante as teorias que embasam a análise da temática.

As variáveis que permeiam a entrevista são denominadas gerais, empíricas e nominais. Entende-se por variável geral aquela que necessita de um conjunto de outras variáveis auxiliares para sua caracterização, sendo nesse caso a própria representação social, posto que a ela estão ligadas as empíricas, configuradas na

objetivação e ancoragem. Em termos de mensuração todas são nominais, variáveis *label*, que só permitem tratamentos qualitativos (MARTINS, 1994).

No caso do questionário, as variáveis utilizadas são intervalares compondo uma escala tipo Likert com cinco opções de resposta.

3.5 A FORMA DE PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a pesquisa bibliográfica foi realizado levantamento sobre o assunto pesquisado em livros, teses, artigos científicos, material de divulgação, portais do governo e outros. O processo consistiu na leitura flutuante e separação dos textos mais relevantes, seguido de leitura com busca de palavras chave e separação dos fragmentos de texto e posterior leitura acurada dos textos primordiais que embasaram teoricamente a pesquisa.

As respostas obtidas do *e-questionnaire* foram tabuladas e analisadas utilizando-se a estatística descritiva. Também foi executada a análise de conteúdo das palavras obtidas no jogo de associações e respostas livres deixadas pelos participantes no campo destinado a comentários, utilizando a técnica proposta por BARDIN (2004).

3.6 O FORMATO E PRINCIPAIS ELEMENTOS DO RELATÓRIO FINAL

O Relatório Final seguiu o padrão da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), mais especificamente a NBR 6023 – elaboração de referências; NBR 6024 – numeração progressiva das seções de um documento; NBR 6027 – sumário; NBR 6028 – resumos; NBR 6034 – índices; NBR 10520 – citações; NBR 14724 – apresentação de trabalhos acadêmicos; NBR 15287 – projeto de pesquisa e as Normas de apresentação tabular (IBGE/1993).

4 ANÁLISE DOS DADOS

4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

O questionário on-line foi enviado em dezembro de 2014 a todos os servidores ativos, lotados nos quatro *campi* da UFES, que possuíam *e-mail* cadastrado no banco de dados da UFES, totalizando uma população de 2984 servidores.

Foram obtidas 384 respostas, significando 12,86% da população, o que, segundo a calculadora *on-line* disponibilizada por SANTOS (2015), suplanta o mínimo de 343 respostas para que a amostra seja representativa dessa população, com erro amostral de 5% e nível de confiança igual a 95%.

O cálculo on-line utilizou a fórmula: $n = \frac{N.Z^2.p.(1-p)}{Z^2.p.(1-p)+e^2.(N-1)}$

Onde:

n - amostra calculada

N - população

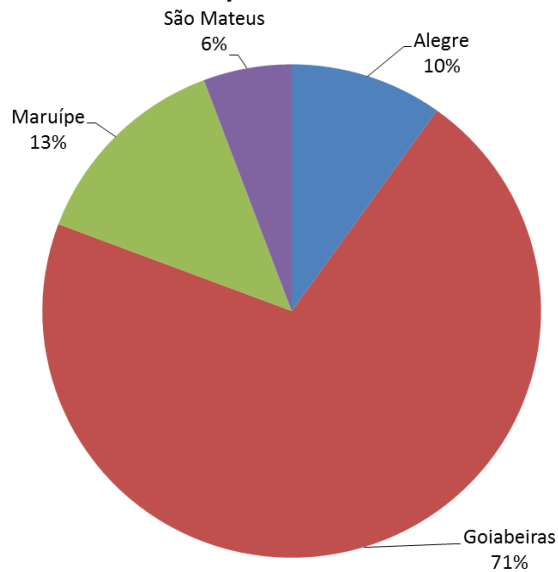
Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

4.1.1 Características da amostra

Participaram da pesquisa 174 docentes e 210 TAE, representando respectivamente 45% e 55% da amostra. Esses servidores estão distribuídos pelos quatro *campi* da UFES conforme o Gráfico 1:

Gráfico 1 - Servidor X *campus*

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme o gráfico, em valores absolutos os 384 respondentes estão assim distribuídos entre os quatro *campi* Alegre (38), Goiabeiras (272), Maruípe (52) e São Mateus (22).

Em relação ao sexo dos participantes, 202 declararam-se do sexo feminino, 53% da amostra, e 182, 47% da amostra, do sexo masculino.

Quanto ao estado civil, a Tabela 1 apresenta as características da amostra, onde verifica-se que a maioria dos servidores que responderam são casados ou estão em relacionamento de união estável.

Tabela 2 - Estado civil

Estado civil	Abs.	(%)
Casado/união estável	249	65
Separado/divorciado	41	11
Solteiro	92	24
Viúvo	2	1
Total		100

A faixa etária variou dos 22 aos 69 anos, sendo: 26% com idade de 22 a 33 anos; 30% com idade de 34 a 45 anos; 36% com idade entre 46 e 57 anos e 8% com idade entre 58 e 69 anos.

Por fim, no que tange ao tempo de serviço na instituição, os resultados mostram que 45% possuem menos de 5 anos na instituição, 23% tem entre 6 e 15 anos, enquanto os 32% restantes possuem mais de 16 anos na instituição. Não foi possível

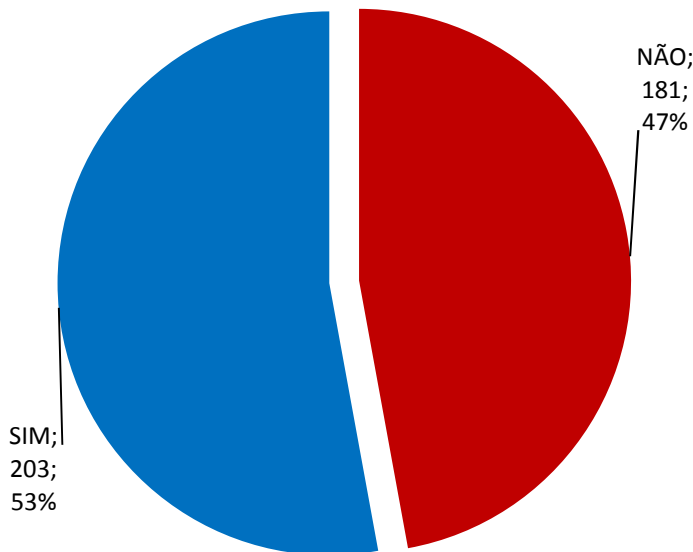
identificar a motivação para a participação maior dos servidores com menos tempo de instituição na presente pesquisa.

4.1.2 O e-questionnaire

O questionário *on-line* (Apêndice A), solicitava ao participante da pesquisa que assinalasse o quanto as afirmativas apresentadas diziam respeito a sua história de vida, onde 1 significava discordo totalmente e 5 significava concordo totalmente.

Procurou-se observar se as condições apresentadas mostravam-se predominantes no grupo que declarou não realizar os exames periódicos regularmente, ou no grupo que declarou realizá-los com regularidade.

Gráfico 2 - Participação no Exame Médico Periódico



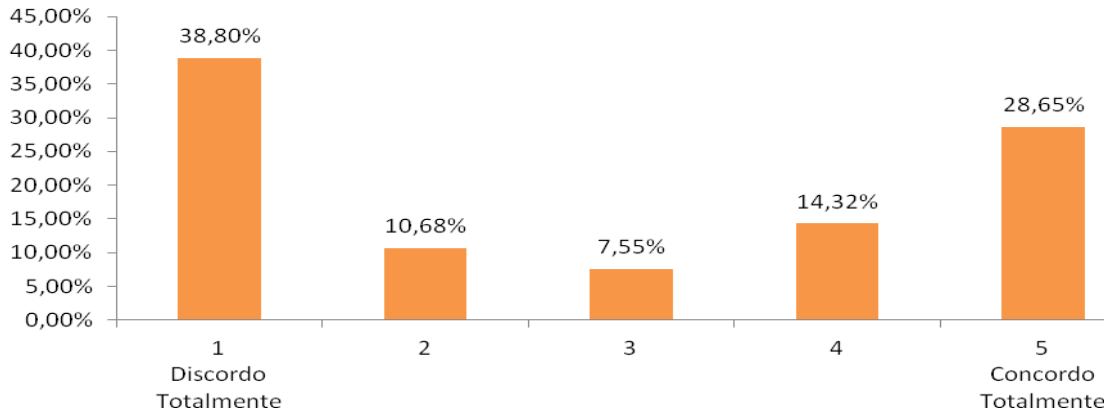
Fonte: Dados da pesquisa.

O Gráfico 2 mostra em termos percentuais e absolutos o quantitativo de servidores que responderam (SIM), realizo o EMP, e (NÃO), não realizo o EMP.

O número de participantes da pesquisa corresponde a 12,86% do total de servidores que compõe a população pesquisada. Embora, entre os respondentes, 53% tenham respondido que realizam o EMP, na população pesquisada, o percentual de participantes do EMP foi inferior a 20% em 2013 (UFES, 2013).

A análise quantitativa da pesquisa detalhada nos gráficos de 3 a 34 considerou sempre os respondentes de forma geral e separados pelos grupos identificados no Gráfico 2.

Gráfico 3 - Acesso a serviços de saúde privados na infância

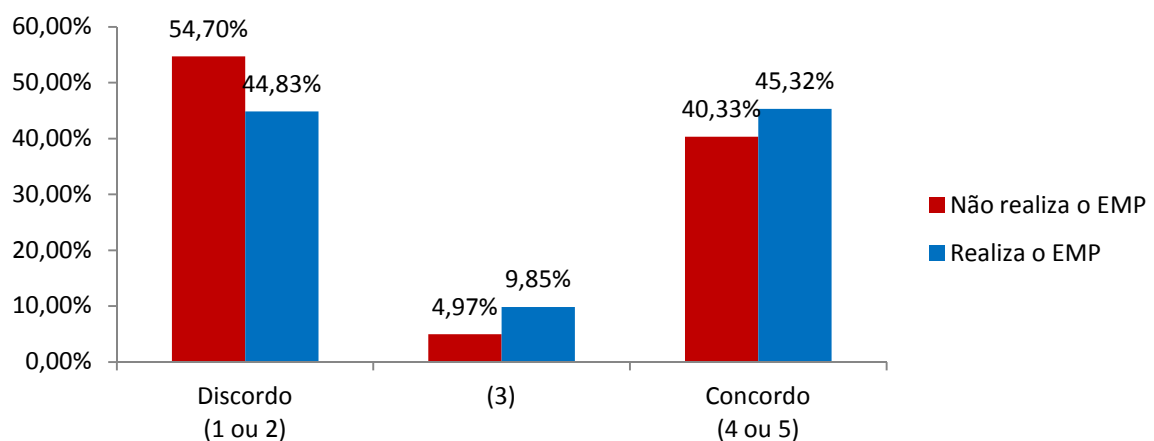


Fonte: Dados da pesquisa.

O Gráfico 3 retrata as respostas relativas ao acesso a serviços de saúde privados na infância. Aproximadamente 50% dos respondentes apresentaram baixa concordância (1 ou 2) contra 42,97% que apresentaram maior concordância (4 ou 5) a essa afirmativa.

Assim, 42,97% indicaram que não tiveram acesso a serviços de saúde privados na infância.

Gráfico 4 - Acesso a serviços de saúde privados na infância x realizar exames periódicos

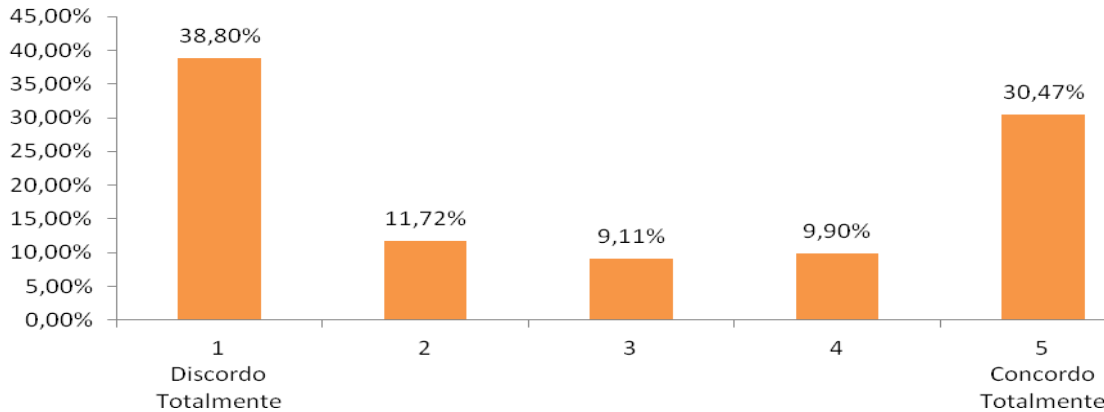


Fonte: Dados da pesquisa.

O Gráfico 4 retrata que entre os servidores que não tiveram acesso a serviços privados de saúde na infância, 44,83% afirmaram realizar o EMP e 54,70% declaram

não realizar o EMP. Entre aqueles que tiveram acesso, 45,32% afirmam realizar o EMP e 40,32% informam não realizar o EMP. Desse modo, percebe-se que entre os servidores que não tiveram acesso a serviços de saúde privado na infância a participação no EMP é aproximadamente 10% menor, enquanto no grupo com acesso aos serviços privados de saúde a participação no EMP indica ser 5% maior.

Gráfico 5 - Atendimento pelo serviços de saúde público de saúde na infância



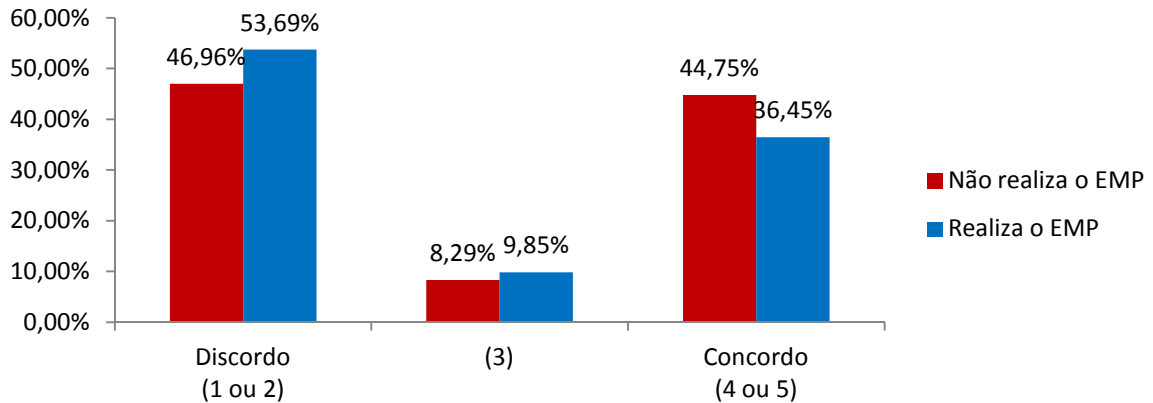
Fonte: Dados da pesquisa.

No Gráfico 5, tem-se a representação da concordância em relação ao atendimento exclusivo pelo sistema de saúde público na infância. O percentual daqueles que menos concordaram com essa afirmativa (1 ou 2) é de 50,52%, e 40,37% declararam concordar com a afirmativa (4 ou 5).

No Gráfico 6, a seguir, entre os que concordaram que foram atendidos exclusivamente pelo serviço de saúde público na infância (4 ou 5), 44,75% não realiza o EMP e 36,45% realiza. Já aqueles que discordaram dessa afirmativa (1 ou 2), 46,96% não realiza o EMP e 53,69% realiza.

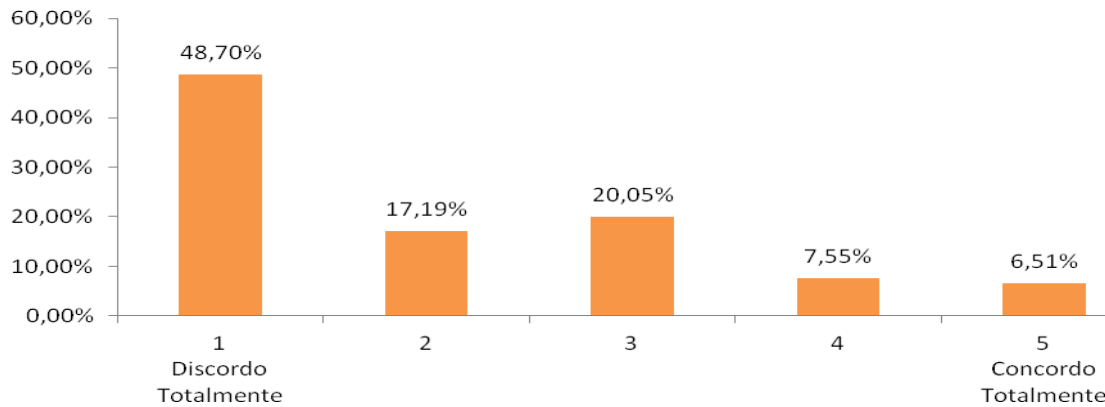
Os dados indicam que tanto os servidores que concordam com a afirmativa "Só fui atendido pelo sistema público de saúde", quanto entre os que discordam dessa afirmativa, a diferença percentual na realização do EMP é inferior a 10%. Desse modo, o atendimento na infância pelo sistema público de saúde não parece relevante no comportamento de realizar ou não o EMP.

Gráfico 6 - Atendimento pelo sistema público de saúde na infância x realizar exames periódicos



Fonte: Dados da pesquisa.

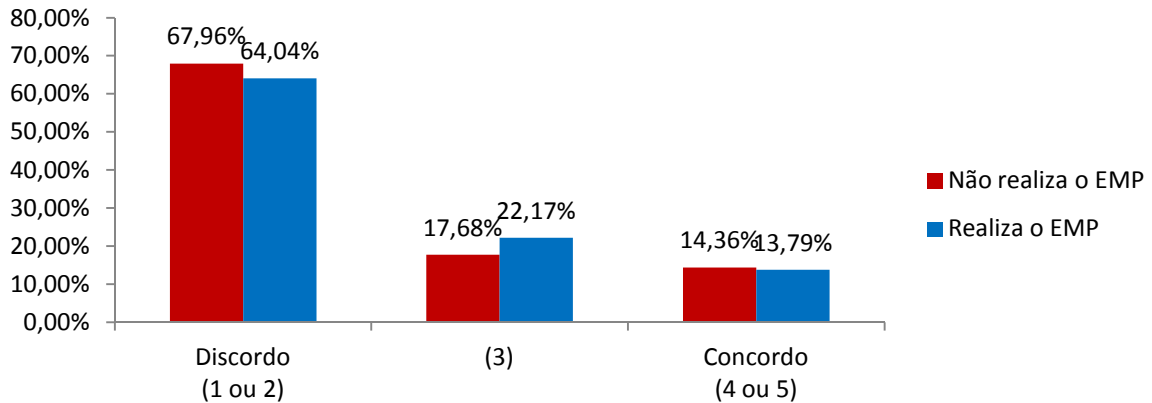
Gráfico 7 - Tratamentos caseiros na infância nos casos de adoecimento



Fonte: Dados da pesquisa.

O Gráfico 7 mostra que 65,89% apresentam discordância (1 e 2) da afirmativa “só recebi tratamento caseiro nos casos de adoecimento na infância”, enquanto apenas 14,06% apresentaram concordância (4 e 5) com essa afirmação.

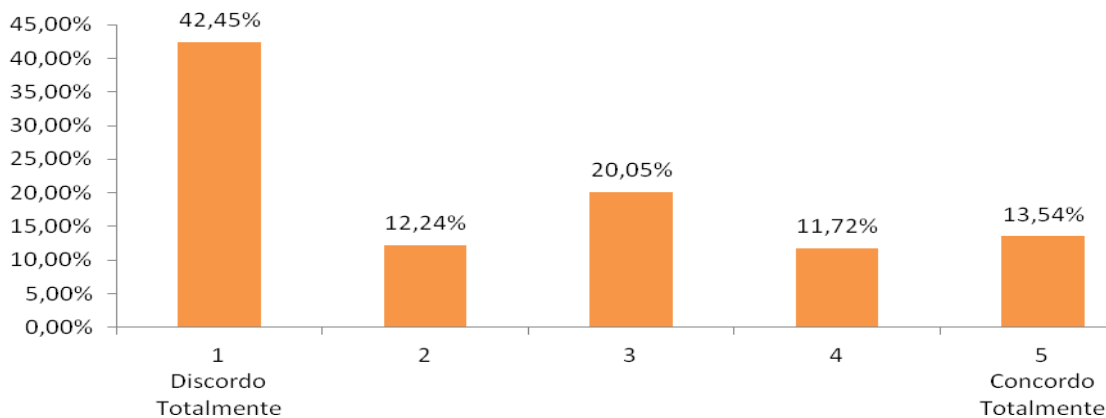
Gráfico 8 - Tratamentos caseiros na infância nos casos de adoecimento x realizar exames periódicos



Fonte: Dados da pesquisa.

O Gráfico 8 reproduz as respostas à assertiva "Na infância, só recebi tratamento de saúde caseiros, nos casos de adoecimento". A concordância ou discordância dessa afirmativa é irrelevante para a realização ou não do EMP.

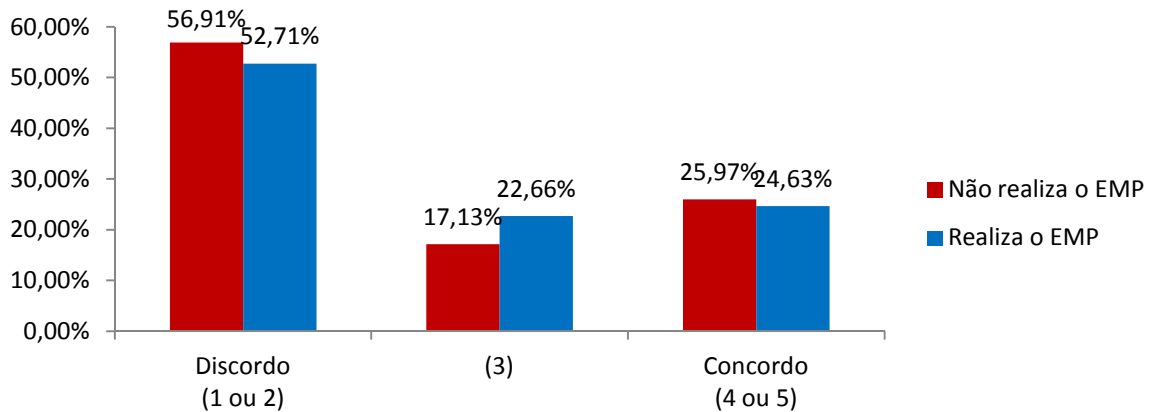
Gráfico 9 - Experiências desagradáveis em hospitais e assemelhados na infância



Fonte: Dados da pesquisa.

O Gráfico 9 mostra que 54,69% discordam (1 ou 2) da afirmativa "Passei por experiências desagradáveis na infância", enquanto 25,26% concordam (4 ou 5) com ela. Assim, o gráfico indica que aproximadamente 25% da amostra teve experiências desagradáveis em hospitais e assemelhados na infância.

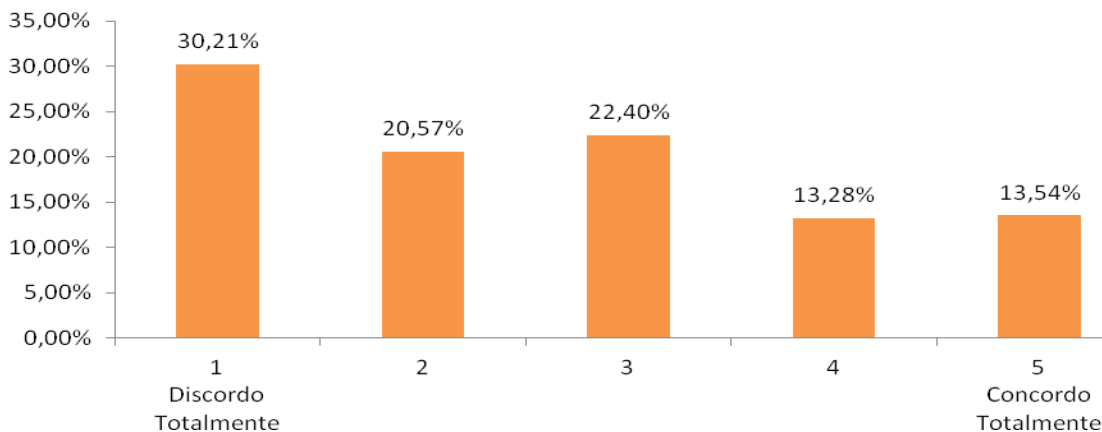
Gráfico 10 - Experiências desagradáveis em hospitais e assemelhados na infância x realizar exames periódicos



Fonte: Dados da pesquisa.

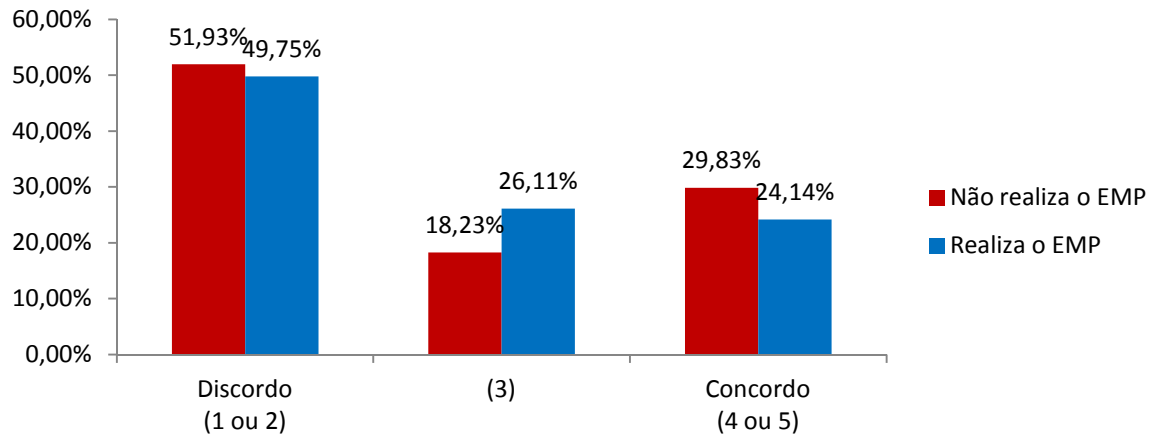
Observa-se no Gráfico 10 que são mínimas as diferenças de concordância e de discordância entre os que declaram realizar e os que declararam não realizar o EMP, o que permite afirmar que a experiência desagradável em hospitais e assemelhados na infância não influencia no comportamento dos servidores quanto a realização do EMP.

Gráfico 11 - Exames laboratoriais frequentes na infância



Fonte: Dados da pesquisa.

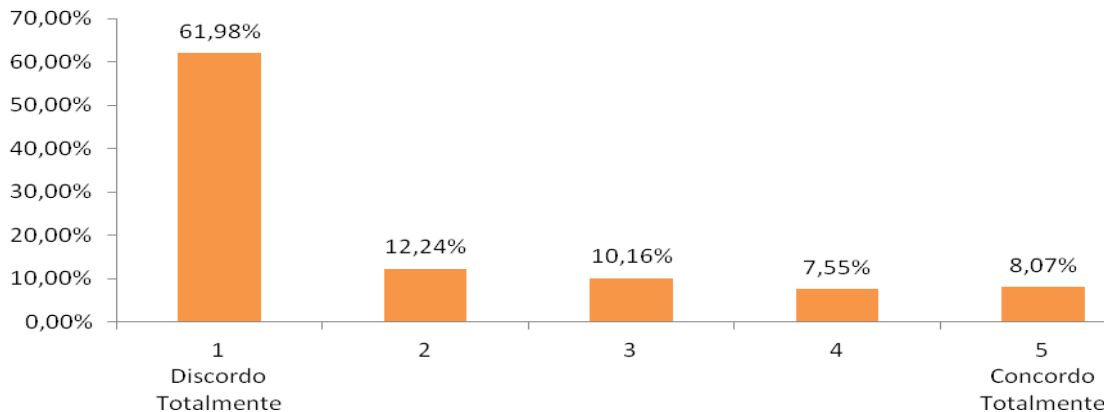
O Gráfico 11 representa as respostas relativas a afirmativa “Na minha infância fazia exames laboratoriais com frequência”, por meio do qual verifica-se que 50,78% discordam dessa afirmativa (1 ou 2) e 26,82% concordam com ela (4 ou 5).

Gráfico 12 - Exames laboratoriais frequentes na infância x realizar exames periódicos

Fonte: Dados da pesquisa.

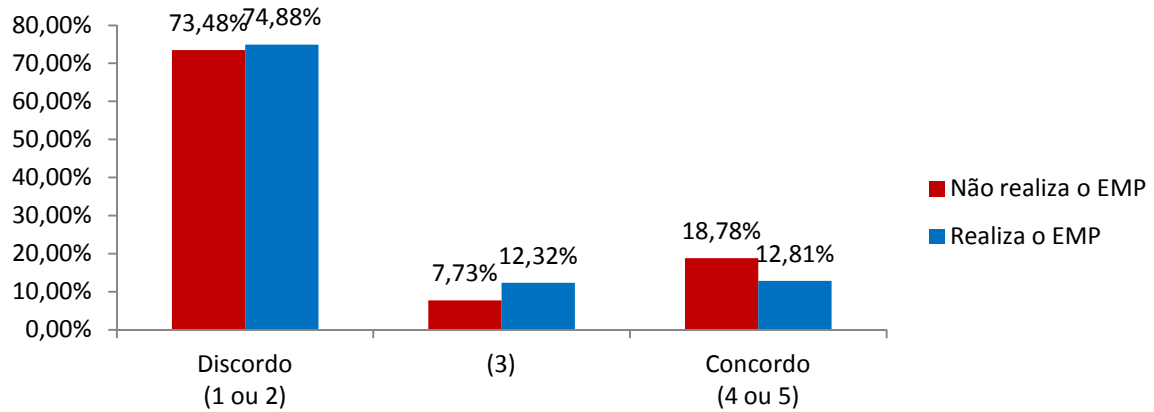
Conforme Gráfico 13, praticamente não há diferença para realização ou não do EMP entre os servidores que discordam (1 ou 2) da afirmativa. Entre os que concordam com a afirmativa a diferença é de apenas 5,69%.

Dessa forma, pode-se dizer que o fato de fazer exames laboratoriais frequentes na infância não influenciam na decisão de participar ou não dos exames periódicos.

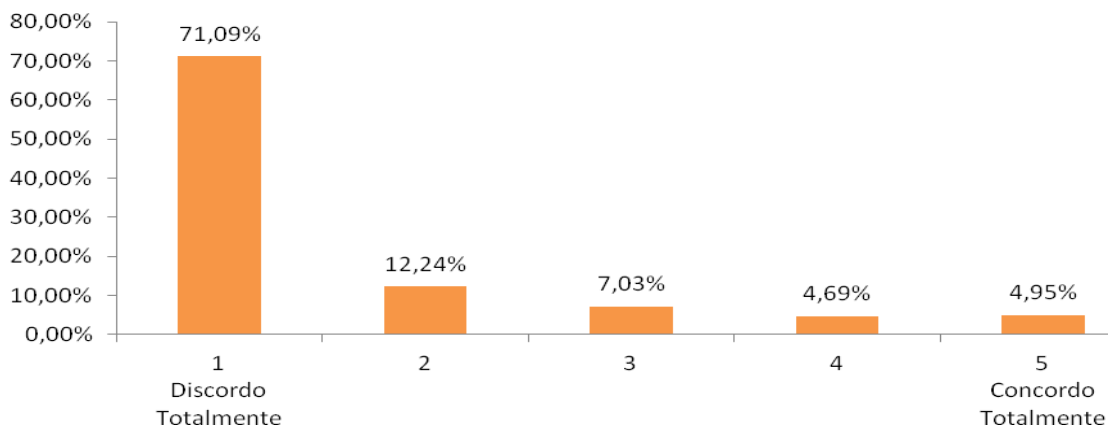
Gráfico 13 - Problemas de saúde graves na infância

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto a afirmativa “Passei por problemas graves de saúde na infância”, o Gráfico 13 mostra que o percentual de discordância (1 e 2) é de 74,22% contra os 15,63% que apresentaram maior grau de concordância com a afirmação (4 e 5). Conforme pode ser observado no Gráfico 14, entre os que afirmaram participar dos exames e não participar não há diferença que demonstre influência dessa circunstância na decisão de participar ou não dos exames periódicos.

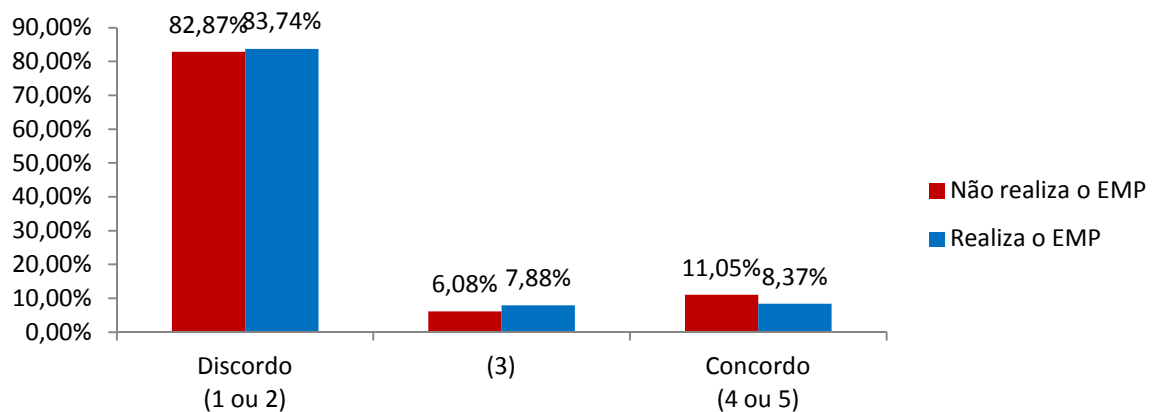
Gráfico 14 - Problemas de saúde graves na infância x realizar exames periódicos

Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 15 - Tratamentos de saúde dolorosos na infância x realizar exames periódicos

Fonte: Dados da pesquisa.

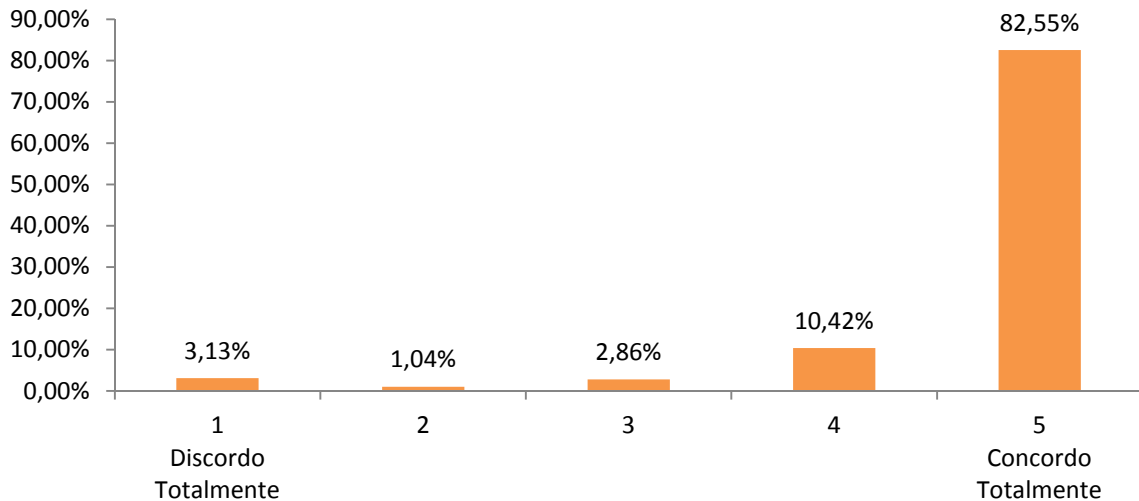
O mesmo ocorre em relação a afirmativa “Passei por tratamentos de saúde dolorosos na infância, mostrado no Gráfico 15. A maior parte dos respondentes (83,35%) discorda dessa afirmação (1 e 2). O Gráfico 16, indica que os percentuais de concordância e discordância não influenciam na participação no EMP.

Gráfico 16 - Tratamentos de saúde dolorosos na infância x realizar exames periódicos

Fonte: Dados da pesquisa.

O próximo conjunto de afirmativas tratou de circunstâncias na fase adulta. A primeira questão tratada foi o acesso a serviços de saúde privados, cujas respostas encontram-se retratadas no Gráfico 17, mostrando que 92,97% dos respondentes (4 e 5) afirmam ter acesso a serviços de saúde privados.

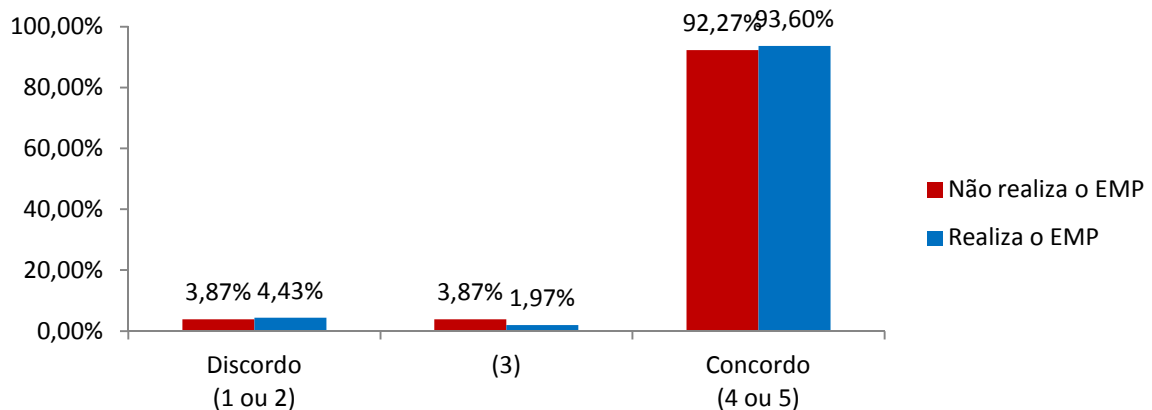
Gráfico 17 - Acesso a serviços de saúde privados na fase adulta



Fonte: Dados da pesquisa.

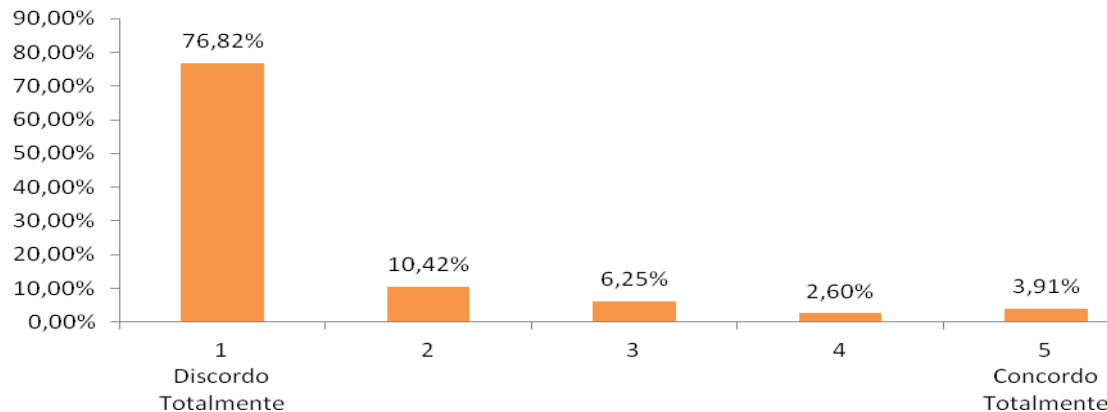
O Gráfico 18 revela que 93,60% dos que realizam o EMP tem acesso a serviços privados de saúde e entre os que não realizam esse percentual é similar chegando a 92,27%. Pode-se verificar que o acesso a serviços de saúde privados não interfere na participação nos exames periódicos.

Gráfico 18 - Serviços de saúde privados na fase adulta x realizar exames periódicos



Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 19 - Serviços de saúde exclusivos pelo SUS na fase adulta x realizar exames periódicos

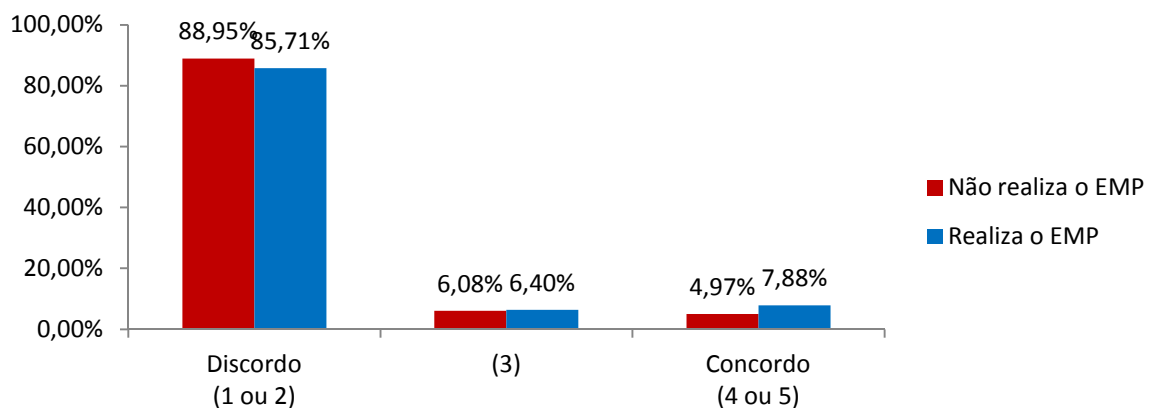


Fonte: Dados da pesquisa.

O Gráfico 19 apresenta a distribuição das respostas em relação à afirmativa "Acesso a serviços de saúde exclusivamente pelo SUS". Nesse caso, até em virtude das respostas à questão anterior, 87,24% discordam (1 e 2) da afirmativa.

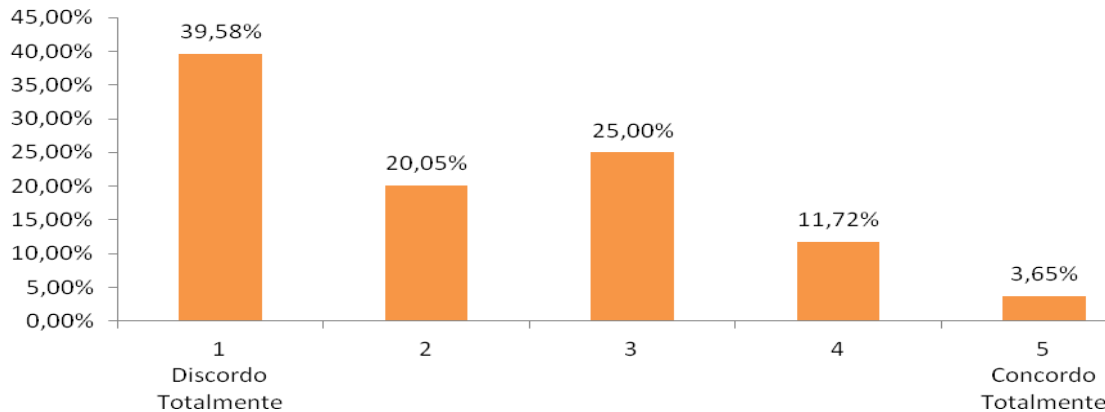
No Gráfico 20, também se observa que não há diferença significativa nas respostas do grupo que declara realizar o EMP e o grupo que declara não realizá-los, confirmando que esse fator não influencia na decisão de realizar os exames periódicos.

Gráfico 20 - Serviços de saúde exclusivos pelo SUS na fase adulta x realizar exames periódicos

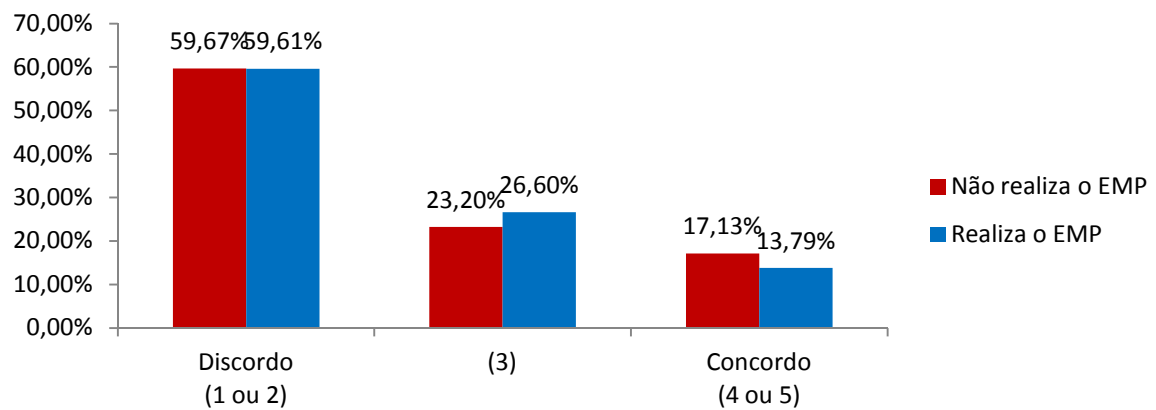


Fonte: Dados da pesquisa.

Em seguida, a afirmativa apresentada foi "Enquanto adulto, nos casos de adoecimento, prefiro tratamentos de saúde alternativos e caseiros". As respostas estão distribuídas conforme Gráfico 21. O percentual de concordância foi pouco maior que 15% (15,36).

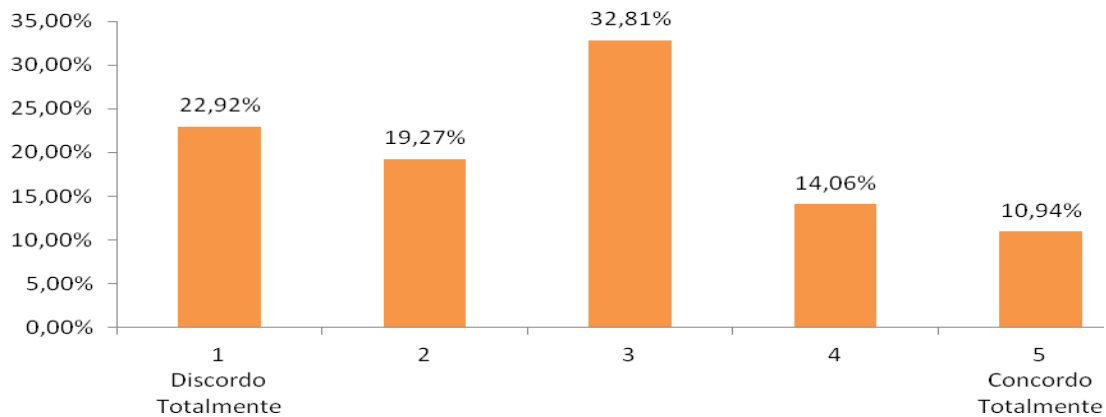
Gráfico 21 - Preferência por tratamentos alternativos e caseiros nos casos de adoecimento

Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 22 - Preferência por tratamentos alternativos e caseiros nos casos de adoecimento x realizar exames periódicos

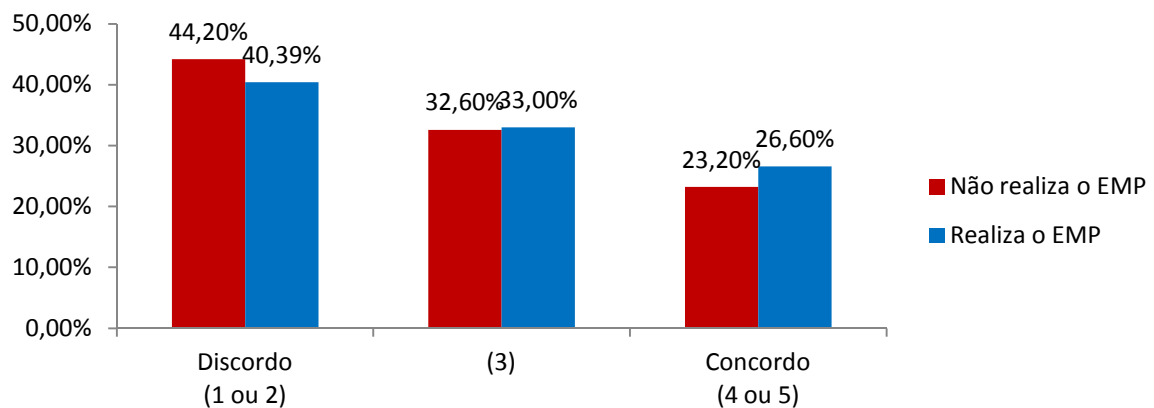
Fonte: Dados da pesquisa.

O gráfico 22 mostra que as respostas comparadas entre os que declararam realizar (SIM) e não realizar (NÃO) os exames periódicos não permite concluir que a preferência por tratamentos alternativos e caseiros influencie na participação nos exames periódicos.

Gráfico 23 - Experiências desagradáveis em hospitais e congêneres

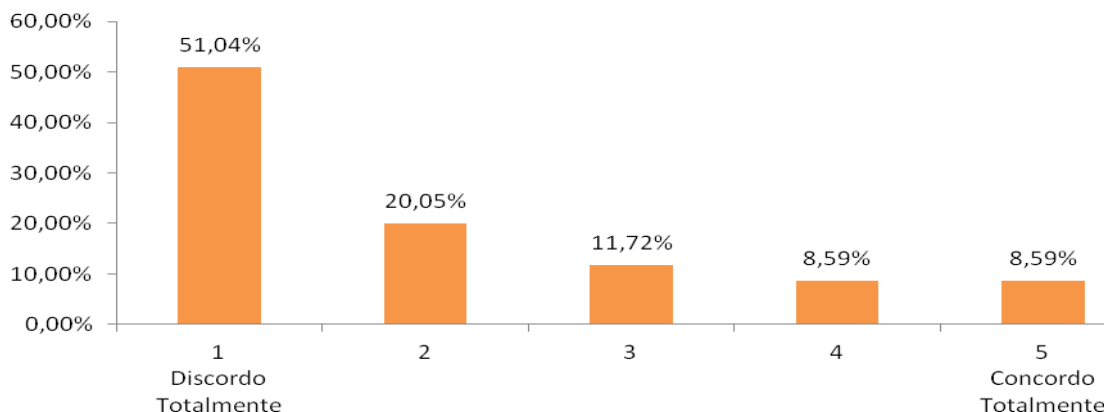
Fonte: Dados da pesquisa.

Na sequência, a assertiva era “Enquanto adulto, minhas experiências em hospitais e congêneres tem sido desagradáveis” e as respostas estão apresentadas no Gráfico 23. Um percentual igual a 25% concordou (4 e 5) com tal afirmativa e 42,19% discordou dela (1 e 2).

Gráfico 24 - Experiências desagradáveis em hospitais e congêneres x realizar exames periódicos

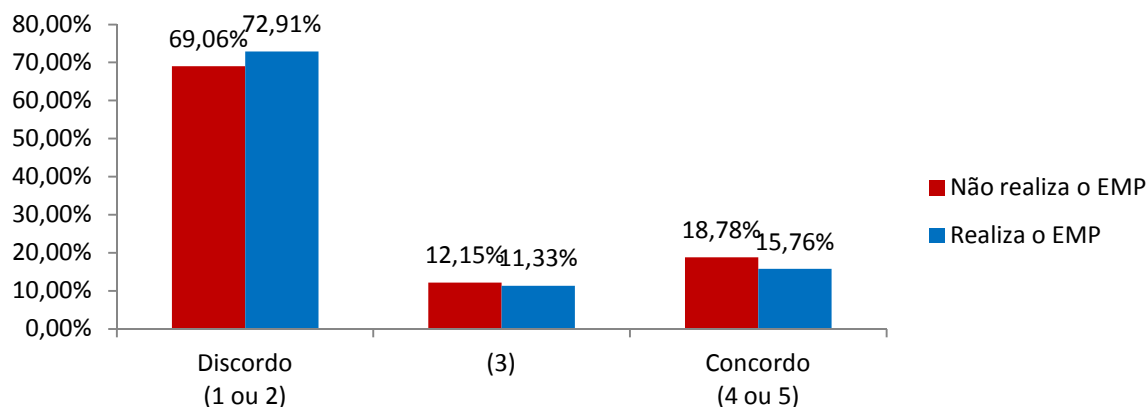
Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com o Gráfico 24, entre aqueles que declararam realizar (SIM) e não realizar (NÃO) o EMP as diferenças na discordância (1 e 2) e na concordância são menores que 4% em todos os casos, e não permitindo admitir que a experiência desagradável em hospitais e congêneres influenciem na participação no EMP.

Gráfico 25 - Hoje minha condição de saúde exige exames frequentes

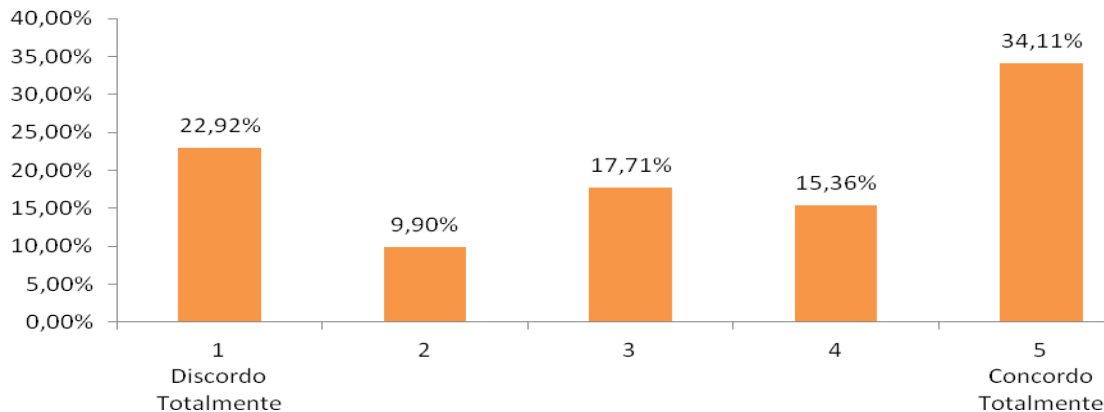
Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme mostra o Gráfico 25, um percentual menor que 20% dos respondentes concordam (4 e 5) com a afirmação “Hoje minha condição de saúde exige exames frequentes”. Mesmo quando a amostra é analisada sob a ótica dos que declaram realizar (SIM) e não realizar (NÃO) os exames periódicos, Gráfico 26, os percentuais de concordância (4 e 5) e discordância (1 e 2) são muito semelhantes nos dois grupos, o que leva a crer que mesmo quando a condição de saúde exige exames frequentes, tal fator não influencia na decisão de participar do EMP.

Gráfico 26 - Hoje minha condição de saúde exige exames frequentes x realizar exames periódicos

Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 27 - Procuo serviços de saúde quando apresento sintomas que geram suspeita de doença grave

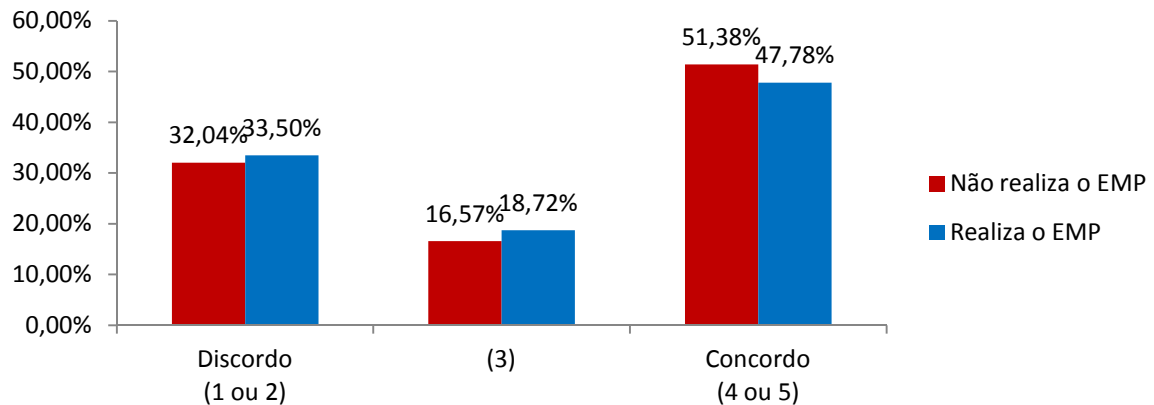


Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto a questão “Procuo serviços de saúde quando apresento sintomas que geram suspeita de doença grave”, quase 50% dos respondentes assinalaram concordância à afirmativa (4 ou 5), conforme pode ser observado no Gráfico 27.

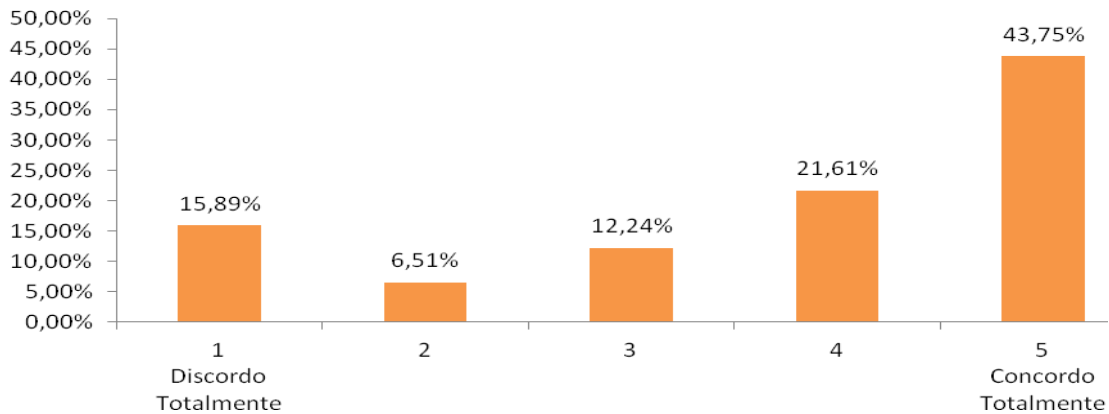
O Gráfico 28 exhibe separadamente as informações daqueles que declaram realizar e não realizar os exames periódicos. Indicando também que essa prática não tem influência na decisão de participar do EMP.

Gráfico 28 - Procuo serviços de saúde quando apresento sintomas que geram suspeita de doença grave x realizar exames periódicos



Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 29 - Procuo serviços de saúde quando apresento sintomas que impedem as atividades cotidianas

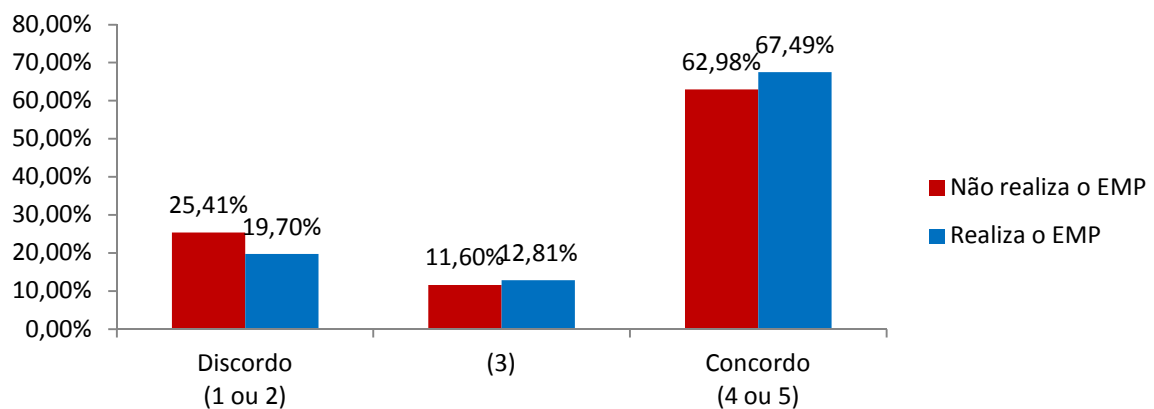


Fonte: Dados da pesquisa.

O Gráfico 29 apresenta a distribuição das respostas em relação à afirmativa "Procuo serviços de saúde quando apresento sintomas que impedem as atividades cotidianas". Nesse caso, 65,36% concordam (4 e 5) com a assertiva e 22,4% discordam (1 e 2).

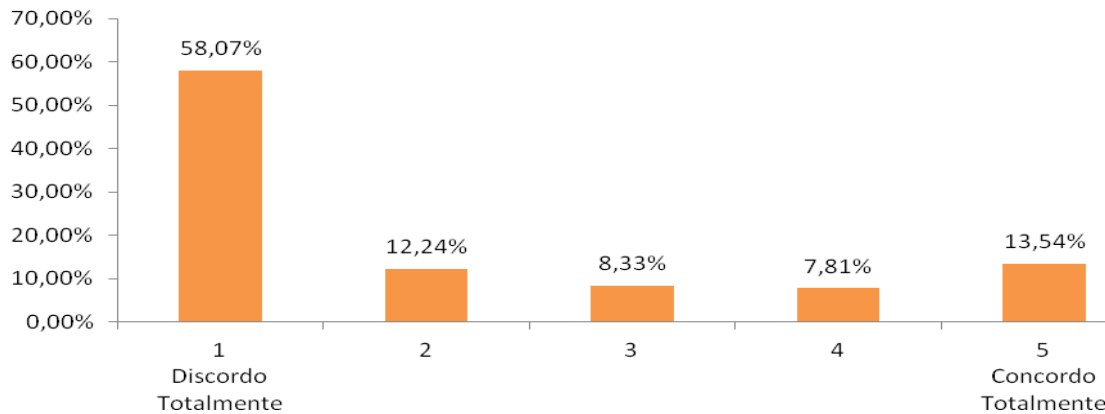
No Gráfico 30, observa-se mais uma vez a similaridade no percentual encontrado entre grupo que declara realizar o EMP e o grupo que declara não realizá-los, confirmando que esse fator não influencia na decisão de realizar os exames periódicos.

Gráfico 30 - Procuo serviços de saúde quando apresento sintomas que impedem as atividades cotidianas x realizar exames periódicos



Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 31 - Procura serviços de saúde regularmente em função de doenças crônicas já diagnosticadas

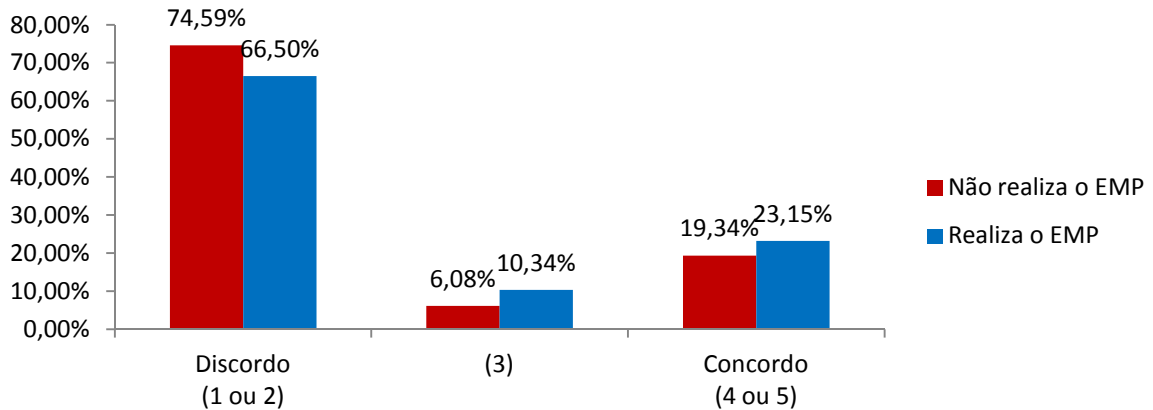


Fonte: Dados da pesquisa

Conforme Gráfico 31, 70,31% discordam e 21,35% concordam que procuram regularmente os serviços de saúde em função de doenças crônicas já diagnosticadas. Como o levantamento restringiu-se ao aspecto quantitativo, não é possível afirmar se a maior parte dos respondentes não possui doenças crônicas diagnosticadas ou se mesmo com o diagnóstico não necessita ou não busca os serviços de saúde regularmente.

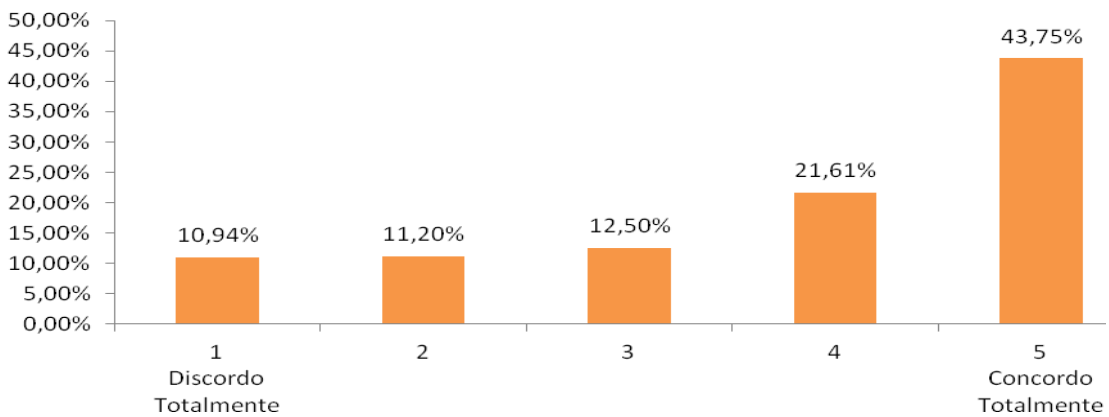
O Gráfico 32 indica que concordar ou discordar da afirmativa não é relevante para a participação no EMP.

Gráfico 32 - Procura serviços de saúde regularmente em função de doenças crônicas já diagnosticadas x realizar exames periódicos



Fonte: Dados da pesquisa

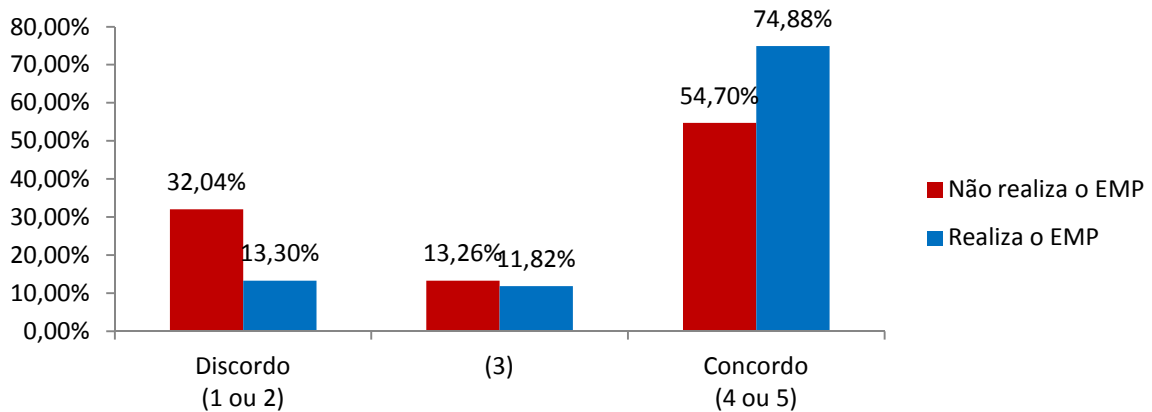
Gráfico 33 - Procura serviços de saúde regularmente para realização de exames de rotina



Fonte: Dados da pesquisa

O Gráfico 33 mostra que 65,36% responderam que procuram serviços de saúde regularmente para realização de exames de rotina (4 e 5), enquanto 22,14% discordam dessa afirmativa (1 e 2).

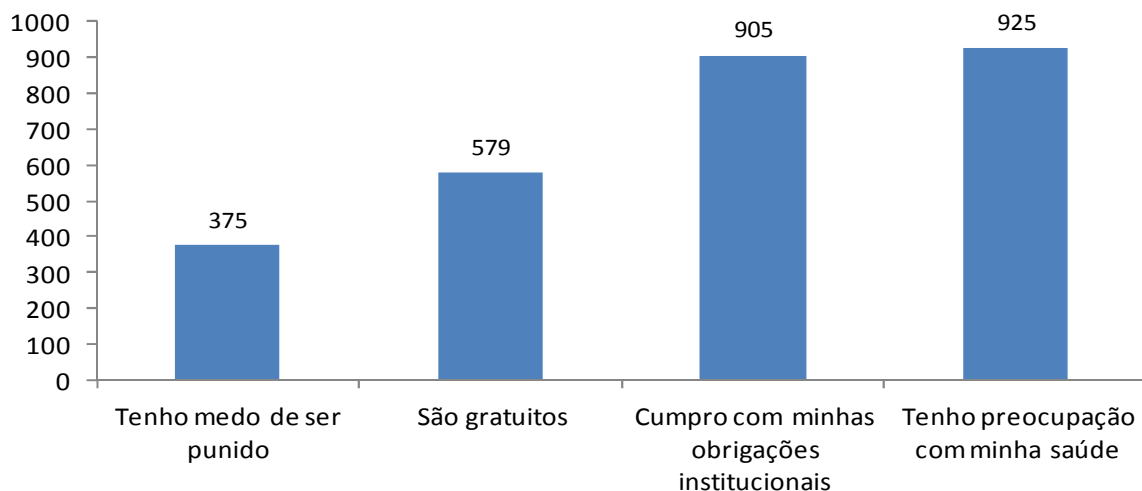
Gráfico 34 - Procura serviços de saúde regularmente para realização de exames de rotina X realizar exames periódicos



Fonte: Dados da pesquisa

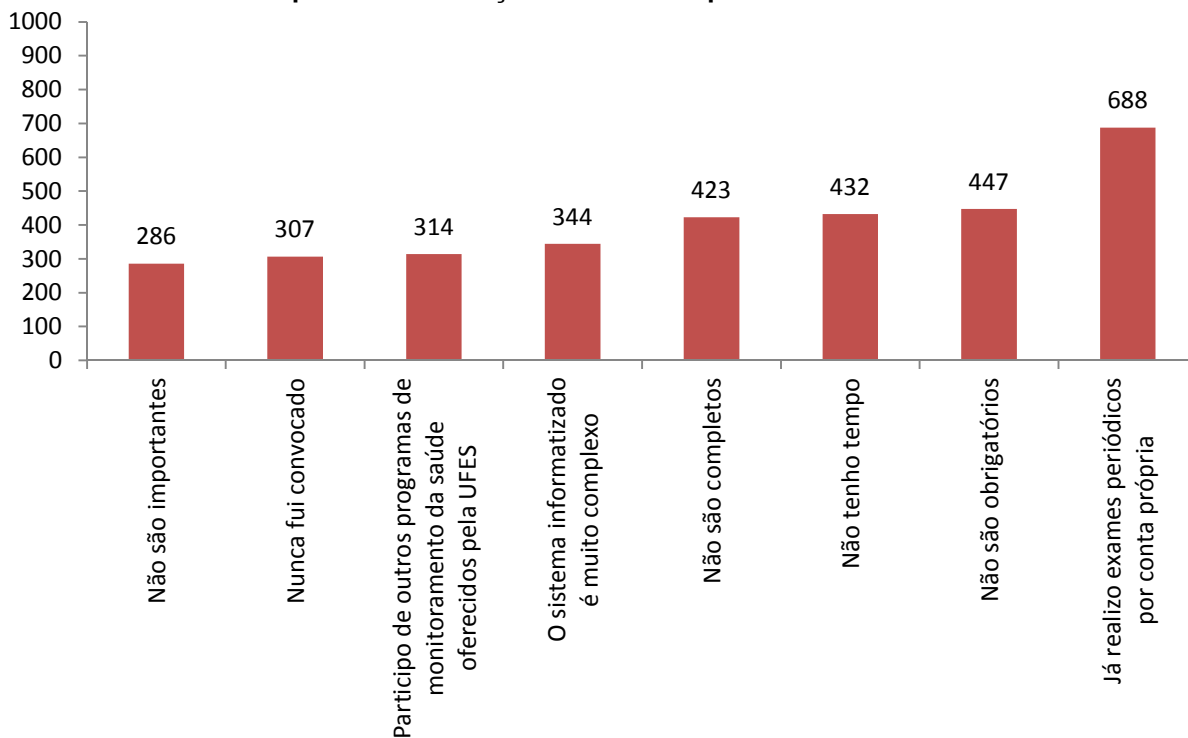
No Gráfico 34, observa-se que entre os servidores que realizam o EMP, 74,88% concorda com a afirmativa "Procuro serviços de saúde regularmente para realização de exames de rotina". Entre os que não realizam o EMP esse percentual é de 54,70%. É possível que o hábito de procurar serviços de saúde regularmente para realização de exames de rotina seja um fator que influencie na decisão de realizar o EMP.

Nos gráficos de 35 e 36, foi realizado um ranqueamento das afirmativas que apresentaram maior nível de concordância por meio do somatório das notas atribuídas a cada questão, a fim de conhecer quais das razões apresentadas são as que mais motivam quem participa dos exames periódicos e mais desmotivam aqueles que não participam.

Gráfico 35 - Somatório do valor atribuído às razões para realizar o EMP da UFES

Fonte: Dados da pesquisa

Por meio do Gráfico 35, é possível perceber que, entre as categorias apresentadas no *e-questionnaire*, as principais motivações para aqueles que realizam o EMP são a preocupação com a saúde e o cumprimento das obrigações institucionais. O medo da punição e a gratuidade não são fatores motivacionais relevantes para os respondentes.

Gráfico 36 - Razões para não realização dos exames periódicos da UFES

Fonte: Dados da pesquisa

No Gráfico 36, é apresentado o ranqueamento das razões, entre as constantes no *e-questionnaire*, para a não realização do EMP. Destacando-se que a principal alegação é a realização de exames periódicos por conta própria.

A escolha das perguntas do *e-questionnaire* foi baseada na hipótese de que a construção das representações sociais do EMP poderia ser identificada a partir de experiências vivenciadas na infância como positivas ou negativas relacionadas a situações geralmente associadas a representação social de saúde. Contudo, com a análise efetuada nos dados quantitativos da pesquisa não foi possível identificar fatores relevantes na construção da representação social do EMP.

Os resultados encontrados demonstram que ter tido ou não acesso a serviços de saúde, ter tido acesso apenas a serviços públicos ou ter tido acesso a serviços privados de saúde, bem como ter vivenciado ou não experiências desagradáveis relativas a saúde não exercem influência na opção atual de realizar ou não o EMP.

Já as razões elencadas pelos participantes da pesquisa como justificativa para realizar ou não realizar o EMP são indicadores relevantes, que em conjunto com a análise qualitativa, ajudam na identificação da representação social do EMP neste grupo, podendo ainda nortear as discussões sobre a atual metodologia adotada para o EMP na Ufes.

4.2 ANÁLISE QUALITATIVA

O instrumento que foi utilizado para o estudo das representações sociais consistiu em um jogo de associações, com exemplos de sentenças e palavras associadas, provocadas pela questão “Quando você recebe a convocação para fazer os exames periódicos na UFES, o que lhe vem ao pensamento?” para a qual o respondente deveria informar duas palavras ou expressões que lhe viesse a mente. Além disso, foi disponibilizado espaço livre para que deixasse comentários sobre os exames periódicos.

Em termos metodológicos, é importante registrar o papel da pesquisadora na interpretação dos dados da pesquisa. Considerando que o pesquisador é sempre ativo no processo, sua subjetividade sempre estará presente, desde a opção pelo tema, passando pelo referencial teórico, pela metodologia adotada e pelas escolhas definidas na análise dos dados. Neste trabalho, o olhar sobre os dados e os recortes realizados foram surgindo na interação da pesquisadora com sua pesquisa, como sujeito implicado, construtor e construído da representação social objeto de seu estudo. Desse modo, as primeiras impressões, o conhecimento sobre o tema, bem como as expectativas iniciais da autora, advindos da experiência prévia, foram sendo transformados na medida que a análise avançava.

[...] Ora é a este conhecimento que é preciso chegar, se quisermos, embora falando na ideologia e do seio da ideologia, esboçar um discurso que tente romper com a ideologia para correr o risco de ser o começo de um discurso científico [...] (ALTHUSSER, 1983, p.98).

Para análise da representação social do EMP na população pesquisada, foram fundamentais os dados obtidos nas respostas abertas, provocadas no jogo de associações *e-questionnaire* : "Quando você recebe a convocação para realizar o EMP na Ufes o que lhe vem ao pensamento", bem como no espaço disponibilizado para comentários. O exame desses dados permitiu a apreensão das respostas fornecidas a provocação do *e-questionnaire* , procurando entender como os sujeitos relacionam-se com o tema da pesquisa e reproduzem um saber coletivo, percebida no discurso que se configura como a representação social deste grupo, na direção do que Moscovici (2004) chama de visível na realidade, como construção sócio-histórica, que permeia a relação dos atores sociais e produz ações e discursos.

O caminho percorrido para tornar essa análise possível foi uma leitura geral das palavras e ou expressões obtidas no jogo de associações proposto. Neste primeiro

momento a percepção da pesquisadora foi que o grupo respondente vinculava o EMP a questões positivas relacionadas ao cuidado com a saúde, uma vez que as palavras "saúde", "prevenção" e "cuidar da saúde" destacaram-se pela frequência nas respostas.

Em seguida, a leitura geral ocorreu no campo destinado aos comentários livres, surpreendendo a pesquisadora, pois as respostas deste campo, num primeiro olhar, indicavam uma grande insatisfação com o EMP, destacando-se as críticas, a obrigatoriedade, a metodologia utilizada e a estruturação do EMP.

Esses primeiros passos, na proposta de Bardin (2004), são identificados como pré-análise e exploração do material. Na ótica desta autora, para tratar os dados é necessário organizá-los. Por isso, inicialmente foi realizado um agrupamento das palavras e respostas, considerando o signo e a frequência, para então estabelecer uma categorização que permitisse a análise do conteúdo sob a ótica da representação social.

Antes de qualquer agrupamento por classificação, começamos por reunir as palavras idênticas, sinônimas ou próximas a nível semântico. [...] Essa primeira análise por aproximações semânticas ligeiras [...] mas não despidido de critérios de agrupamento [...] permite representar a informação de maneira condensada [...] (BARDIN, 2004, p.52 e 53).

A partir do primeiro agrupamento efetivado e tendo como base a proposta por Moscovici (2004), foram identificadas unidades de significados de forma ampla determinadas pela semântica das mesmas em relação ao EMP, foco do estudo. Nesse novo agrupamento estabeleceu-se a associação de positivo ou negativo, numa apreciação crítica do grupo de palavras. No intuito de facilitar a compreensão, esse procedimento foi compilado e organizado no Quadro 2.

Quando você recebe a convocação para fazer os exames periódicos na UFES, o que lhe vem ao pensamento?	Frequência	Positivo/negativo
Saúde / cuidado / cuidar da saúde / prevenção / preocupação com a saúde / importante / acompanhamento / <i>check up</i> / rotina / verificação da saúde	224	+
Burocracia/ formalidade / papelada / trabalho / controle / vigilância / Perda de tempo / desperdício de tempo / retrabalho / sem importância / duplicidade de exames / Ineficiente / inócua / inoportuno / já faço por conta própria	85	-
Demora / fila / espera / lentidão / difícil / dificuldade / complicação / confuso / atendimento ruim / agendamento deficiente / exame superficial / incompleto	74	-

Quando você recebe a convocação para fazer os exames periódicos na UFES, o que lhe vem ao pensamento?	Frequência	Positivo/negativo
Médico / consulta / Diagnóstico / resultado / doença / tratamento, exame / sangue / agulha / exame de sangue / cocô / pote / jejum / exame de urina / laboratório / colesterol / coleta / ambiente hospitalar / maca	68	-
Obrigação / dever / compromisso / responsabilidade	50	-
Importante / �timo / rápido / legal / oba! / oportunidade / facilidade / confiabilidade dos resultados / credibilidade / gratuito / bem estar / necessária / necessidade	47	+
Aborrecimento / chateação / chato / chatice / saco / inútil / inutilidade / para quê? / desnecessário / desinteresse / irrelevante	45	-
Tempo horário / tempo despedido / tempo para realização / tempo gasto / prazo	45	-
Falta de tempo / depois faço / protelação / postergar	30	-
Incomodar / incômodo / estresse / desagradável / preocupação / medo	14	-
Recusa / não vou / não quero / não preciso / comodismo / preguiça	13	-

Quadro 2 - Agrupamento semântico das palavras advindas do jogo de associação

Fonte: Dados da pesquisa (2014)

Diante do segundo agrupamento, lendo e relendo os dados com a associação de ideias dos participantes, bem como as razões alegadas nos dados quantitativos para participação ou não no EMP, e considerando a revisão da literatura, as unidades de sentidos foram fortalecendo-se, tornando possível, após muito debruçar, estabelecer as categorias (Quadro 3), que se sobressaíram, pela visão da pesquisadora, guiaram essa análise   luz do referencial teórico.

[...] classificar as unidades de significação, criando categorias, introduzindo uma ordem suplementar reveladora de uma estrutura interna (BARDIN, 2004, p. 55.)

CATEGORIAS	ASSOCIAÇÃO	ANCORAGEM	OBJETIVAÇÃO
OBRIGAÇÃO	negativo	Controle /Desperdício / Burocracia / Desnecessário / Inútil / Falta de tempo / Inc�modo / Recusa	papelada
CUIDADO	positivo	Cuidado com a saúde / Prevenção / Saúde / Importância	<i>check up</i>
PROCEDIMENTOS	dualidade	Exame	<i>Médico / Consulta / Exame /Diagnóstico / Resultado</i>

Quadro 3 - Categorias de Análise

Fonte: Dados da pesquisa (2014)

4.2.1 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS EXAMES PERIÓDICOS

É interessante registrar que mesmo sem participar ou realizar o EMP, pode-se dizer que este faz parte da vida laboral dos sujeitos participantes da pesquisa, não apenas por ser prática comum e obrigatória em todas as empresas privadas, mas também pela Ufes já ofertar o EMP aos seus servidores mesmo quando existia apenas uma orientação informal para sua realização, e muito antes da determinação legal ocorrida em 2009.

4.2.1.1 O EMP como Obrigação

A categoria **obrigação** foi escolhida por retratar uma representação social do grupo participante da pesquisa, indicando que existe um saber coletivo que categoriza o EMP com associações e interpretações de valoração negativa.

Para entender essa relação do servidor da Ufes com o EMP, e como essa construção foi incorporada à bagagem conceitual desse grupo, foi preciso resgatar a implementação do EMP no mundo do trabalho como uma medida que atendia ao interesse das empresas por exercer um controle sobre a força de trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Esse controle situou-se num contexto onde o trabalho como se conhece hoje foi concebido, o que ocorreu após a Revolução Industrial. O trabalhador à época predominantemente agricultor ou artesão, guiado pelos eventos naturais ou culturais e "dono" do seu tempo, perdeu autonomia, criatividade, e a noção de sentido de sua atividade, para inserir-se numa nova lógica de subordinação existente nas fábricas (RIFKIN, 1996).

É a evolução dessa lógica construída ao longo do tempo que fundamenta a representação social encontrada nas respostas dos indivíduos no grupo pesquisado, associando o EMP ao controle do empregador, e que pode ser percebida nas palavras do jogo de associações e nos comentários de alguns dos participantes:

[...] Mais um mecanismo de controle sobre o trabalhador e não uma preocupação real com o seu bem estar [...] (dados da pesquisa).

Sim acredito que a questão de saúde apenas por EMP é parcial (sic) e não demonstra nenhum valor além de controle (sic), a Ufes deveria ampliar sua visão de saúde para que eu realmente entenda o porque do controle [...] (dados da pesquisa).

[...] é preciso estabelecer um sentimento de confiança e cuidado aos olhos da comunidade universitária, mudar a abordagem com que ele é ofertado, muitas pessoas não os realizam (EMP) por tê-los em caráter de investigação por parte da Ufes. (dados da pesquisa).

só servem para a Ufes fingir que cuida da nossa saúde [...] (dados da pesquisa).

Para Foucault (2002), a regulamentação impõe-se ao sujeito coletivo no ambiente de trabalho, objetivando manter a utilidade e o potencial de produção, de modo a evitar perdas econômicas. Assim, a regulamentação para controle da saúde, propicia uma articulação entre população e indivíduo, apresentando-se para o coletivo, mas com impacto direto no indivíduo.

Dessa forma, o indivíduo vai apropriando-se dos discursos coletivos e vice-versa, num movimento que atualiza as representações sociais, entre autonomia e resistências do indivíduo ou de grupos sociais e imposições do prescrito e do instituído.

Não podemos nos acomodar, temos que buscar melhorar sempre. Vejo os exames como um direito e como um instrumento de aperfeiçoamento da relação da instituição e sua força de trabalho, prevenindo mais do que cuidando. Melhorou bastante, não sem luta e conquistas da organização dos servidores (dados da pesquisa).

Importante lembrar que o EMP surgiu num contexto em que os mecanismos de regulação social precisavam lidar com as crises advindas da própria lógica da indústria, como o grande número de trabalhadores que morria, adoecia ou era mutilado, resultado de extensas jornadas de trabalho, ambientes propícios à proliferação de doenças, entre outros (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Com a pressão dos movimentos sindicais, o Estado respondeu às crises com a adoção de medidas jurídico-legais que visavam regular as relações entre trabalhador e empregador, e, em nome de uma preocupação com o bem-estar do trabalhador, formalizou uma política pública de caráter impositivo e controlador, conforme pode ser percebido nos trechos extraídos a seguir:

Será obrigatório exame médico, por conta do empregador, nas condições estabelecidas neste artigo [...] I - a admissão; II - na demissão; III - periodicamente. (CLT)

O servidor será submetido a exames periódicos nos termos e condições definidos em regulamento. (RJU)

Considerando a criação do SUS e a universalização do acesso à saúde, dissociando a saúde como direito apenas do trabalhador, o Estado começou a caminhar numa

lógica de que a Saúde do Trabalhador deve estar vinculada a prevenção, como foi observado na regulamentação do SIASS em 2009, fazendo uma clara separação entre a assistência (promoção e tratamento) e a vigilância (promoção, perícia e EMP) em saúde.

O Estado indicou nessa ótica uma tentativa de ruptura da concepção estabelecida e vigente, delegando ao SUS e às operadoras de saúde a assistência e às empresas, incluindo neste caso o próprio Estado como empregador, o dever de garantir ações preventivas, visando a diminuição do absenteísmo.

Segundo Moscovici (2004), uma das funções da representação social seria atuar como prescrição, algo que está colocado e que, por meio da tradição e das estruturas, impõe modos de pensar e agir das pessoas, controlando a realidade e atualizando-se de acordo com os resultados alcançados por sucessivas gerações.

Desse modo, a prescrição historicamente construída agregou a questão assistencial da saúde com o emprego, o que implica em outra representação social identificada nesta categoria, que é o da desnecessidade e inutilidade do EMP, considerando que a expectativa do grupo pesquisado converge para um EMP voltado para o diagnóstico e tratamento dos problemas relacionados a saúde de forma ampla e sem relação com o trabalho diretamente, conforme pode ser identificado nos comentários a seguir.

Considera o periódico muito importante, no entanto, vejo uma superficialidade muito grande no atendimento. Caso você necessite de um exame ou acompanhamento mais complexo você tem que recorrer ao seu plano (dados da pesquisa).

Ao analisar a forma como a Ufes convoca e realiza os exames periódicos, percebe-se uma finalidade meramente estatística, sem uma avaliação e um acompanhamento real da saúde do servidor com vistas a qualidade de vida do mesmo [...] (dados da pesquisa).

No entanto, o servidor indica na pesquisa que não conhece ou, mesmo quando conhece, não compreende o EMP como algo distanciado do tratamento, sendo que a expectativa não contemplada em relação ao EMP ofertado na instituição materializa-se na atribuição de valor negativo ao mesmo. No estudo das representações sociais desse grupo, o serviço oferecido é entendido como desnecessário e/ou incompleto:

Acho que eles (EMP) existem unicamente para cumprir tabela e eventualmente culpabilizar o funcionário por eventuais problemas de saúde [...] (dados da pesquisa).

Entendo que são importantes, mas são perda de tempo para quem já faz regularmente com seus médicos de confiança (dados da pesquisa).

[...] não consigo enxergar a importância deles. Além disso, não conheço nenhum programa voltado para a saúde do trabalhador da Ufes, portanto para mim é um grande desperdício de dinheiro e tempo (dados da pesquisa).

O fato da questão saúde ter sua relação histórica com o trabalho associada a uma política que buscava garantir a produção e o lucro, constituiu-se como um dos alicerces da atual representação social, configurada nas imagens e conceitos que relacionam a saúde com o trabalho, como é o caso do EMP.

4.2.1.2 O EMP como cuidado

A categoria **cuidado** foi definida considerando as diversas respostas no jogo de associações do *e-questionnaire* que projetavam o EMP como relacionado a cuidado, bem como nos comentários livres, onde essa representação social acentuou-se. Os dados da pesquisa sugerem que o EMP é considerado como uma objetivação da representação de saúde para esse grupo, tendo como ancoragem um valor positivo, como: cuidado, prevenção, acompanhamento, rotina, oportunidade, necessidade e facilidade, entre outras.

Para entender essa perspectiva do servidor da Ufes com o EMP, e a construção desse conceito, é preciso resgatar a evolução do conceito saúde, desde a concepção mágico religiosa, na qual o foco é a doença e a causa do adoecimento e sua cura eram atribuídos aos deuses, passando pela saúde curativa que também tem o foco na doença e que se esgota no diagnóstico e na terapêutica (cura). Em seguida, o conceito passa pela saúde preventiva, onde a saúde começa a ser vista como processo, valorizando a intervenção pela possibilidade de abrandar ou evitar adoecimento, mas o foco principal, neste último caso, ainda é a doença, para chegar no atual conceito de saúde promotora, onde o destaque está na saúde e não na doença (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

A representação social de saúde percebida nas respostas coaduna-se com toda essa construção sócio-histórica e principalmente com as últimas formas de entender

e situar a saúde como processo, mesmo ficando muito nítido que a saúde preventiva é mais presente no discurso dos sujeitos da pesquisa:

Vejo como algo bom, que nos desperta para cuidado conosco, as vezes, com nossa vida corrida esquecemos de fazer um exame, uma consulta já que tudo está bem, e a medicina preventiva é melhor do que remédios (dados da pesquisa).

Acho ótimo, pois é uma forma de detectar qualquer problema na saúde do servidor. Afinal, prevenir é melhor que remediar (dados da pesquisa).

No entanto, como nos indica MOSCOVICI (2014) a representação social é um processo, que vai sendo atualizado pelos resultados alcançados nas gerações anteriores, criando uma espécie de prescrição social. Essa atualização é possível pela autonomia dos sujeitos em estabelecer novas relações com os objetos, idéias, sentimentos, etc. Assim, não é estanque e, como processo em construção, possui uma mistura da evolução dessa representação social, o que pode ser identificado nos dados da pesquisa, no qual a perspectiva da saúde como prevenção é muito marcante, mas também a saúde como promoção, numa contínua edificação de bem estar e qualidade de vida, começa a ser percebida:

Acho algo necessário a todos os servidores da UFES como meio de prevenção e cuidados com a saúde (dados da pesquisa).

Vejo como algo bom, que nos desperta para cuidado conosco, às vezes, com nossa vida corrida esquecemos de fazer um exame, uma consulta já que tudo está bem, e a medicina preventiva é melhor do que remédios (dados da pesquisa).

Excelente iniciativa, pois as pessoas normalmente se esquecem de se prevenir das doenças e só procuram médico quando já é tarde (dados da pesquisa).

Nesses dizeres, a perspectiva da saúde como processo coletivo, onde os problemas e as soluções são responsabilidade de todos os atores envolvidos, aparece como ampliação e atualização da representação social do EMP neste grupo.

Acho muito importante a instituição demonstrar responsabilidade e interesse pela saúde de seus funcionários. E acho importante corresponder a esse cuidado, fazendo os exames que, não fosse a insistência da instituição, poderiam ser esquecidos. Mesmo recebendo a convocação, às vezes acabo perdendo o prazo e acho lamentável que nem todos valorizem esse ótimo serviço que nos é oferecido (dados da pesquisa).

Excelente iniciativa. Poderia solicitar aos gestores que estimulassem os servidores a realizarem os exames. Penso ainda na parte de prevenção e promoção de saúde, a necessidade de capacitar os gestores sobre saúde no trabalho. (dados da pesquisa)

Nessa categoria, foi possível confirmar que a participação dos servidores no EMP está muito associada aos cuidados com a saúde numa ótica de prevenção, mesmo entre os que não realizam o EMP. Além disso, pode-se identificar que essa relação é percebida como positiva tanto para o próprio servidor como para instituição.

4.2.1.3 O EMP como procedimento

A categoria **procedimentos** será analisada como objetivação proposta por MOSCOVICI (2004) na Teoria das Representações Sociais. Nessa categoria foram condensadas as palavras e comentários que os servidores respondentes associaram ao EMP de maneira icônica e de forma imediata. São imagens que categorizam a realidade para esse grupo, sem que fosse possível, com os dados existentes, ancorar valoração positiva ou **negativa** para essas palavras.

Desse modo, as palavras relacionadas a essa categoria, foram aquelas que se projetavam para os participantes numa relação concreta com o EMP, como por exemplo: médico, consulta, sangue, exame, ambiente hospitalar, diagnóstico, resultado, tratamento. Bem como nas expressões extraídas dos comentários: "constrangedor levar secreções na frente dos colegas", "tratamento das doenças diagnosticadas", "consulta médica", "resultado dos exames", "exames laboratoriais", entre outros.

Nos dados da pesquisa, fica nítido que a associação dessas palavras com o EMP é na verdade um entendimento de que o EMP é parte da ideia representativa da saúde, a qual essas palavras/imagens estão realmente associadas. A saúde é representada pelo saber médico, no modelo construído historicamente e ainda forte na representação social da sociedade ocidental, refletida na população pesquisada.

A saúde associada a doença, pressupondo a doença como mais importante que o sujeito, nominada por Foucault (1998) como anatomia patológica, tem o viés da medicina curativa, trazendo a valorização do visível e acentuando a compreensão da saúde como ausência de doença. Essa prática, mesmo que não se configure linearmente como o entendimento da saúde atual, ainda sustenta um senso comum de saúde como ausência de doença, e, portanto, reforça a questão curativa. Conforme Arouca (2003, p. 13), trata de uma "prática médica que se esgota no

diagnóstico e terapêutica, onde a prevenção e a reabilitação são secundárias, sendo, finalmente, a medicina que privilegia a doença e a morte contra a saúde e a vida”.

Na análise quantitativa dos dados foi possível perceber que os servidores valorizam ações de saúde tanto na ótica da medicina curativa como naquelas relacionadas a prevenção. No entanto, a representação social da saúde ainda está muito aquém de ações efetivas de prevenção e proteção da saúde e muito mais ligada as ações de diagnóstico e tratamento, o que pode ser constatado na análise qualitativa dos dados, expressos na expectativa do grupo nesta direção:

"Deveriam incluir exames mais sofisticados como tomografia" (dados da pesquisa)

"Acredito ser bem superficial, poderia ser mais elaborado para identificar outros problemas como os odontológicos" (dados da pesquisa).

Outra questão abordada nessa categoria foi a própria metodologia de realização do EMP, pois alguns respondentes associaram o EMP com demora, espera, dificuldade e complicação. Mesmo que numa primeira avaliação fosse considerado como uma ancoragem negativa, com os dados existentes foi possível avaliar apenas que se relacionavam com a complexidade do sistema informatizado, sem ficar claro se a dificuldade estava dirigida ao EMP ou ao uso de sistemas informatizados como um todo.

Por fim, constata-se que o mesmo evento pode apresentar significantes diferentes. Nos dados do estudo fica claro que as palavras e comentários elencados na categoria **procedimentos** tem essa característica. São considerados importantes, necessários e fundamentais no cuidado com a saúde, mas paralelamente são também registrados como chatos, incômodos e estressantes. Isso confirma a dualidade presente em toda análise da pesquisa na representação social do EMP.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final dessa dissertação é importante resgatar o problema e os objetivos que a nortearam. O questionamento "*Quais são as representações sociais dos exames periódicos para os servidores da Ufes e como elas foram construídas?*", teve resposta com a análise dos dados amparada no referencial teórico.

O objetivo principal de analisar as representações sociais para os servidores e compreender o reflexo destas sobre a adesão ou não no EMP foi alcançado, considerando que os dados obtidos no *e-questionnaire* permitiram que isso fosse possível.

Importante observar que não foram confirmadas as questões inicialmente tratadas na análise quantitativa quanto a relação da história de vida dos respondentes com a construção das representações sociais referentes a realização do EMP. Os dados dessa análise não retrataram uma associação de participação no EMP com experiências prévias de acesso ou não a serviços de saúde, bem como a qualidade melhor ou pior dos mesmos, ou mesmo as experiências consideradas negativas em situações associadas à saúde.

Os dados sugerem também que é significativa a recusa em participar do EMP entre os servidores que já realizam exames médicos de rotina por conta própria. Outras questões dignas de nota levantadas por esses servidores para a não realização do EMP são: o tempo que é necessário para realizá-los, o fato de não serem considerados como completos e a não obrigatoriedade dos mesmos.

Entre os servidores que realizam o EMP as principais razões elencadas para essa participação foram as obrigações institucionais e a preocupação com a saúde, já a gratuidade dos exames e o medo de ser punido não foram fatores considerados relevantes para a participação.

A análise qualitativa, que considerou os campos em que o servidor poderia citar palavras, expressões ou comentários, relacionando-os com os dados quantitativos, concluiu que os servidores situam o EMP em uma conjunção de representações de **obrigação** e **cuidado**. A análise sugere que essa conjunção é fruto da associação sócio-histórica da saúde com o emprego. Isso pode ser observado nas palavras

elencadas e, num primeiro olhar, divergentes, como: obrigatório e necessário, importante e inútil, controle e cuidado.

Essa construção histórica da representação social, que relaciona a saúde com o trabalho, ou seja, vincula a saúde ao emprego, teve como base a delegação da saúde às empresas, sendo o acesso aos serviços de saúde um privilégio do trabalhador formal e não um dever do Estado até a Constituição Federal de 1988.

Essa dicotomia, na verdade, marca uma amplitude da representação social e o fato de ser uma construção contínua e mutante, reflexo do já vivido e também da transformação social em andamento.

Nessa lógica, a associação do EMP como **obrigação** reflete o entendimento, ainda atual, de relacionar trabalho com emprego, e conseqüentemente o controle por parte do empregador. Assim, pode-se inferir que mesmo sendo o EMP uma resposta do Estado à exigência dos trabalhadores submetidos ao modelo de trabalho precário e sem regras que marcou o início da Revolução Industrial, não deixou de ser também uma garantia do próprio empregador à manutenção de sua força produtiva. Então o EMP é entendido por alguns servidores como parte da representação social do trabalho em si, como obrigação, como forma de controle, como mal necessário para garantir a subsistência, e não como uma opção.

O EMP para os servidores é identificado como **cuidado**, o cuidado aqui referendado está associado, para este grupo, como uma necessidade de prevenir doenças, já num claro entendimento de saúde como um processo, mas ainda muito focado na prevenção, e sem associar o EMP com a capacidade laborativa. Também foi possível perceber uma grande expectativa dos servidores por um atendimento de maior complexidade, desejando ter acesso a exames complementares e especialidades médicas por meio do EMP.

A atual Política Pública não acolhe a ideia de aumentar a complexidade dos serviços de saúde oferecidos pelo empregador, considerando que a saúde deve ser responsabilidade do Estado. O SIASS, enquanto sistema do Governo Federal que gerencia o EMP e pretende agregar informações relativas a saúde com a capacidade laboral do servidor, representa exatamente a ruptura estabelecida na Constituição Federal de 1988, de afastar das empresas e demais instituições o tratamento da saúde e passar esse dever para o Estado.

O SIASS é o sistema que faz a junção das ações de perícia, das ações relativas a concessão de adicionais de insalubridade, periculosidade e exposição a agentes ionizantes e também das ações do EMP para os servidores da Ufes. O sentimento de incompletude expresso pelos servidores pode ser atribuído a distância entre a expectativa do servidor e a proposta do SIASS.

Na análise da categoria **procedimentos** é marcante a valorização dos servidores da Ufes por ações de saúde tanto na ótica da medicina curativa como naquelas relacionadas a prevenção. Ao mesmo tempo, registram o incômodo, o tempo desperdiçado e a complexidade do sistema informatizado como fatores que os afastam do EMP, ficando nítida a necessidade de melhor entendimento por parte dos servidores da proposta do SIASS.

É preciso citar que a Ufes ainda mantém um serviço assistencial de saúde, resíduo da política anterior, estruturado no mesmo espaço físico das ações do SIASS. Esse serviço atende a comunidade universitária, incluindo os servidores, quando esses apresentam alguma intercorrência de saúde no horário de funcionamento da instituição. Essa realidade contribui muito para o entendimento ambíguo do EMP entre os servidores da Ufes.

Nesse movimento de ideias, sentimentos, discursos, ações, etc., que permeiam os modelos existentes na sociedade e nas atualizações presentes, a Representação Social é referendada como um processo, onde as modificações levam tempo para se consolidar e são perpassadas por novas transformações num movimento contínuo.

Como processo em construção, as possibilidades de intervenção que emergiram durante a pesquisa foram destacadas na proposta que se encontra no Apêndice B e, na visão da pesquisadora, podem contribuir para a discussão do EMP na instituição, auxiliando na tomada de decisões.

Por fim, esse estudo propiciou um olhar crítico ao EMP sem a intenção de esgotar o tema, mas estabelecendo-se como contribuição para a discussão do processo de saúde e trabalho a partir do EMP. Outras perguntas surgiram e são relevantes para estudos complementares. O EMP desvinculado da assistência em saúde é interessante para os servidores? A política do governo federal é válida dentro da

cultura da instituição? É possível ter estratégias que aproximem a imposição legal da expectativa do servidor?

REFERÊNCIAS

ALTHUSSER, L. **Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 14, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRAGA, E. A escola na cruzada anti-alcoolica. **ABHM**, Rio de Janeiro, v.2, n.8, p.271-276, 1930.

BRAGA, E. Os elementos psicho-sociológicos nos programas de ensino. **ABHM**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.3-16, 1931.

BRASIL. Constituição (1934). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Fundação Projeto Rondon, 1989.

_____. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 18 abr. 2014.

_____. **Decreto-lei nº 5.452, de 1º de Maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm>. Acesso em: 4 de jan. 2014.

_____. **Decreto nº 16.027, de 30 de Abril de 1923**. Cria o Conselho Nacional do Trabalho. Disponível em: <<http://www.010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/16027.htm>>. Acesso em: 16 maio 2014.

_____. **Decreto n. 6.833, de 29 de abril de 2009a**. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/Ato2007-2010/2009/Decreto/D6833.htm>>. Acesso em: 16 maio 2014.

_____. **Decreto n. 6856, de 25 de maio de 2009b**. Regulamenta o art. 206-A da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 – Regime Jurídico Único, dispendo sobre os exames médicos periódicos de servidores. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6856.htm>. Acesso em: 16 maio 2014.

_____. **Decreto-Lei nº 579, de 30 de Julho de 1938**. Organiza o Departamento Administrativo do Serviço Público, reorganiza as Comissões de Eficiência dos Ministérios e dá outras providências. Disponível em: <http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto.lei:1938-07-30;579>>. Acesso em: 10 maio 2014.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 18 abr. 2014.

_____. Ministério do Planejamento. Secretaria de Recursos Humanos. **Portaria Normativa n.4, de 15 de setembro de 2009.** Estabelece orientações para aplicação do Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009, que dispõe sobre os exames médicos periódicos dos servidores dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Legislacao/Portaria_Normativa/090915_port_norm_4.pdf>. Acesso em: 10 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Cronologia histórica da saúde pública:** uma visão histórica da saúde brasileira. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>>. Acesso em: 10 maio 2014.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Evolução das relações trabalhistas.** Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/institucional/a-historia-do-mte/>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BYNUM, W. **História da medicina.** Porto Alegre: LP&M, 2011.

CAMPANA, Priscila. O Mito da Consolidação das Leis Trabalhistas como reprodução da Carta del Lavoro. **Revista Jurídica**, v. 12, n. 23, p. 44-62, 2008.

CARBINATTO, M.; MOREIRA, W. W. Corpo e saúde: a religação dos saberes. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 27, n. 3, 2006.

COLBARI, Antonia. Resistência e adesão no universo das relações de trabalho. In: BORGES, Luiz H. et al. (Orgs.). **Organização do trabalho e saúde:** múltiplas relações. Vitória: Edufes, 2001, p. 113-131.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

EDLER, F. C. **Boticas & farmácias:** uma história ilustrada da farmácia no Brasil. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade:** curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **História da loucura na idade clássica.** 4.ed. São Paulo: Perspectiva, 1997

_____. **O nascimento da clínica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

_____. **Vigiar e punir.** 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

- GIL, A. C. Amostragem na pesquisa social. In: _____. **Métodos e técnicas de Pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008. cap. 9. p. 89-135.
- GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 797-807, out./dez. 2005.
- GOMEZ, C. M.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13(supl.2), p. 21-32, 1997.
- HOBBSAWM, E. J. **Mundos do trabalho**: novos estudos sobre história operária. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.
- JODELET, D. Representações Sociais: Um domínio em Expansão. In: _____. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. cap. 1. p. 12-36.
- LOPES, E. Trabalhos de anti-alcoolismo. **ABHM**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p.106-107, 1930a.
- LOPES, E. Reunião da secção de Hygiene Militar: atas e trabalhos da LBHM. **ABHM**, v. 3, n.3, p. 91-94, 1930b.
- LOPES, L. S. **Luís Simões Lopes II (depoimento, 1990)**. Rio de Janeiro: CPDOC, 2003. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/historal/arq/Entrevista261.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2014.
- MANSANERA, A. R.; SILVA, L. C. A influência das idéias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 115-137, mar. 2000.
- MARTINS, G. A. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. v.2.
- MENDES, R.; DIAS, E, C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.
- MONTEIRO, H. M. **O feudalismo**: economia e sociedade. 2. ed. São Paulo: Ática, 1987.
- MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- PANDOLFI, D. (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1999.
- POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2007. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2014.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

QUEIROZ, M. S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 309-317, 1986. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v20n4/07.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2014.

REIS, J. R. F. **Higiene mental e eugenia**: o projeto de "regeneração nacional" da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-1930.) 1994. 353f. Dissertação (Mestrado em História Social do Trabalho) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Campinas, Campinas, 1995.

REZENDE, J. M. **À sombra do plátano**: crônicas de história da medicina. 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92>>. Acesso em: 29 maio 2014.

RIFKIN, J. **O fim dos empregos**: o declínio inevitável dos níveis dos empregos e a redução da força global de trabalho. São Paulo: Makron Books, 1996.

SALDANHA, C. **Introdução à gestão pública**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. **Cálculo amostral: calculadora on-line**. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 02 jan. 2015.

SARAIVA, E. Introdução à teoria da política pública. In: SARAIVA, E.; FERRAREZI, E. (Org.). **Políticas públicas**. Brasília: ENAP, 2006. Disponível em: <http://www.ena.gov.br/index.php?option=com_docman&task=catview&gid=858&dir=ASC&order=name&limit=5&limitstart=0>. Acesso em: 25 maio 2014.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: trajetória da saúde pública. São Paulo: Senac, 2002.

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

WAHRLICH, B. M. S. **Reforma administrativa na era Vargas**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1983.

APÊNDICE A

Questionário online

Esse questionário faz parte da pesquisa sobre representações sociais dos exames médicos periódicos institucionais, desenvolvida como parte do requisito necessário à obtenção do título de mestre pelo programa de Mestrado em Gestão Pública da Universidade Federal do Espírito Santo.

1) Variáveis sócio demográficas:

Perfil

- Técnico Administrativo em Educação (TAE)
 Docente

Sexo

- Feminino
 Masculino

Campus

- Alegre
 Goiabeiras
 Maruípe
 São Mateus

Estado Civil

- Solteiro
 Casado/união estável
 Viúvo
 Separado/divorciado

Idade

Tempo na instituição

2) Questões da pesquisa

Observe a escala a seguir onde **1** significa discordo totalmente e **5** concordo totalmente.

Discordo totalmente				Concordo totalmente
1	2	3	4	5

Por favor, assinale o quanto as afirmativas dizem respeito a sua história de vida

Na minha infância...	1	2	3	4	5
Tive acesso a serviços de saúde privados					
Só fui atendido pelo sistema de saúde público					
Só recebi tratamento caseiro, nos casos de adoecimento					
Passei por experiências desagradáveis em hospitais, ambulatórios e assemelhados					
Fazia exames laboratoriais com frequência					
Passei por problemas graves de saúde					
Fiz tratamentos de saúde dolorosos					
Enquanto adulto...	1	2	3	4	5
Tenho acesso a serviços de saúde privado					
Só tenho acesso a serviços de saúde público (SUS)					
Nos casos de adoecimento prefiro tratamentos alternativos e caseiros					
Minhas experiências em hospitais, pronto atendimento e assemelhados tem sido desagradáveis					
Minha condição de saúde exige exames frequentes					
Hoje, procuro serviços de saúde....	1	2	3	4	5
Quando apresento sintomas que geram suspeita de doença grave					
Quando apresento sintomas que impedem a realização de minhas atividades cotidianas					

Regularmente em função da existência de doenças crônicas já diagnosticadas					
Regularmente para realização de exames de rotina					
Atendo todos os chamados para realizar os exames periódicos da UFES					
Se você, com regularidade, realiza os exames periódicos da UFES, marque a seguir porque o faz. Se não, passe para a questão seguinte.					
Faço os exames periódicos com regularidade por que:	1	2	3	4	5
São gratuitos					
Tenho preocupação com minha saúde					
Cumpro com minhas obrigações institucionais					
Tenho medo de ser punido					
Outros (especificar) ()					
Não faço os exames periódicos da UFES por que:	1	2	3	4	5
Não tenho tempo					
Não são importantes					
Já realizo exames periódicos por conta própria					
Participo de outros programas de monitoramento da saúde oferecidos pela UFES					
Não são obrigatórios					
Não são completos					
O sistema informatizado é muito complexo					
Nunca fui convocado					
Outros (especificar) ()					

Gostaria de deixar algum comentário específico? Utilize o campo abaixo:

()

3) Gostaria de fazer um jogo de associações com você:

Por exemplo, quando vejo uma bola, penso logo em duas coisas: na minha infância e em futebol.

Outro exemplo: quando preciso ir a São Paulo duas coisas me vem de imediato à cabeça: engarrafamento e poluição.

Agora é a sua vez:

Quando você recebe a convocação para fazer os exames periódicos na UFES, o que lhe vem ao pensamento?

a) _____

b) _____

APENDICE B

Proposta de intervenção institucional

Apresentação

A elaboração de uma proposta de intervenção institucional, a fim de que os servidores entendam e participem do EMP, baseada nas representações sociais do tema é um desafio, visto que este estudo revelou que o EMP está associado a **Obrigação, Cuidado e Procedimento**, numa concepção ainda muito arraigada na assistência à saúde prestada pelo empregador.

As informações levantadas na pesquisa indicam que a existência de um serviço assistencial de saúde na Ufes, resíduo da política anterior, estruturado no mesmo espaço físico das ações do SIASS, parece contribuir para o entendimento ambíguo do EMP entre os servidores da Ufes. Esse serviço atende a comunidade universitária, incluindo os servidores, quando esses apresentam alguma intercorrência de saúde no horário de funcionamento da instituição.

Por outro lado, a nova política pública de atenção à saúde do servidor orienta que a assistência e a promoção à saúde sejam dever do Estado, prestado enquanto serviço por meio do SUS. No caso dos servidores públicos federais, como alternativa, pode ser prestado por planos de saúde privados de assistência à saúde contratados pelo próprio servidor, sendo parte do valor ressarcido pelo Governo Federal. Ao empregador restaria o encargo da promoção, da vigilância e também da prevenção relacionadas à capacidade laborativa de seus trabalhadores, que, para tanto, utilizará, obrigatoriamente, o EMP como um de seus instrumentos.

Quanto à operacionalização do EMP, foi constatado que alguns fatores de ordem prática dificultam a participação dos servidores, tais como o preenchimento do formulário e a questão da disponibilidade de tempo.

Dessa forma, parece relevante que a Ufes possibilite seus servidores conhecer a nova lógica de assistência à saúde do servidor, sugerir e participar da construção de ações de promoção à saúde e compreender os instrumentos instituídos como obrigação do empregador, principalmente relativos à vigilância e à prevenção, como é o caso do EMP e das avaliações de insalubridade/periculosidade e raio-x.

Recursos humanos

Especificamente sobre os exames médicos periódicos, pensa-se que a equipe necessária à operacionalização da presente proposta encontra-se no Departamento de Atenção à Saúde, visto que é composta por profissionais da área administrativa e de saúde.

Essa equipe seria responsável pela motivação dos departamentos que trabalham na divulgação institucional e pela mobilização de outras equipes da universidade para integrarem as ações de promoção à saúde.

Recursos materiais

Para a implementação da presente proposta é necessário recursos como computadores, acesso à internet e aos meios de divulgação institucionais, espaço físico para palestras, oficinas e outros. De modo geral, esses recursos já estão disponíveis na instituição.

Recursos financeiros

A Lei de Diretrizes Orçamentárias 2015 prevê recursos orçamentários para realização do EMP por meio da Ação 2004 – Assistência Médica e Odontológica aos Servidores Civis, Empregados, Militares e seus Dependentes.

É importante ressaltar que algumas das ações de divulgação serão desenvolvidas sem recursos orçamentários e financeiros adicionais.

Porém, outras ações, tanto de esclarecimento e divulgação do EMP, quanto de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde proposta pela gestão da UFES ou pelos servidores, dependerão de recursos orçamentários e financeiros específicos de acordo com projetos que deverão ser elaborados pela equipe competente.

Objetivos

Apresentar aos servidores da UFES a nova política pública de atenção à saúde do servidor.

Incluir os servidores nas discussões sobre a execução dessa política que abrange instrumentos obrigatórios, como é o caso do EMP, e projetos de prevenção e promoção à saúde.

Esclarecer os servidores quanto aos objetivos, metodologia e periodicidade do EMP.

População alvo

Servidores Docentes e Técnico Administrativos em Educação dos quatro *campi* da Universidade Federal do Espírito Santo.

Metodologia

O primeiro método para consecução dos objetivos da proposta é ampliação das informações sobre o EMP e as concepções da nova política pública de atenção à saúde do servidor, considerando que mesmo com as ações de divulgação, esclarecimento e incentivo à participação do EMP realizadas pelo departamento que operacionaliza o EMP na instituição, não está claro para os servidores os objetivos e a nova dinâmica do EMP.

Dessa forma, é fundamental que a UFES amplie a informação sobre o EMP em todos os meios institucionais possíveis (portal web, email, portal do servidor, jornal interno), para que possa ser compreendido como ação institucional e não apenas ação de uma equipe.

Outro método é a promoção de palestras, fóruns ou outros mecanismos, para discussão sobre a atual política pública de saúde do trabalhador, nos quais os servidores devem ser incentivados a participar criticamente, contextualizando-os na construção histórica desta concepção e das estratégias de controle.

Os gestores também precisam ser incluídos nesse processo de maneira mais efetiva. Capacitá-los sobre a atual política pública de saúde do trabalhador, seus avanços, possibilidades e limitações, bem como sobre os entendimentos do Governo Federal a respeito do dever do empregador pode contribuir na disseminação de informações apuradas sobre o EMP e no estímulo à participação dos servidores no EMP.

É importante destacar que o EMP é uma ação do Governo Federal, executada pela instituição por meio do departamento interno responsável pela operacionalização do mesmo. Esse entendimento pode contribuir na redução da distância entre a expectativa do servidor e a proposta do SIASS, especialmente nas solicitações de incursões na assistência à saúde e de atendimentos de maior complexidade.

O Estudo indica ainda que seria interessante que a UFES disponibilizasse no portal institucional, um guia de respostas às perguntas mais frequentes sobre o EMP, pois

foi possível notar que existem servidores que não entenderam a lógica atual de funcionamento do EMP, e necessitam de esclarecimento a respeito de vários aspectos, como o preenchimento do formulário eletrônico, sobre os exames laboratoriais e complementares solicitados (previstos na legislação), e a possibilidade de realizar o EMP no horário de trabalho ou de utilizar os exames laboratoriais realizados fora da universidade para o EMP.

Como metodologia, que precisa ser validada pelos profissionais de saúde, sugere-se ainda que o servidor possa **optar** por realizar o EMP em um único dia, neste caso o servidor seria dispensado do turno de trabalho para preencher o formulário, realizar os exames (laboratoriais e complementares) e realizar a consulta clínica em um único dia, só retornando caso o médico julgasse necessário pelo resultado dos exames.

Quanto a dificuldade para preenchimento do formulário eletrônico, sugere-se que exista um profissional para assessorar nesta tarefa quando necessário, e que o formulário seja utilizado como modelo nos cursos de informática básica disponibilizados pela UFES aos seus servidores, no sentido de familiarizar o servidor com a ferramenta utilizada.

Dessa forma, sugere-se:

A) Intercalar, durante o ano, nos meios institucionais de comunicação, informações sobre a realização do EMP.

A.1 A partir da adoção da metodologia para a convocação (ou por setor, ou por idade, ou por mês de aniversário ou por outra forma que for mais conveniente para administração), divulgar o calendário anual para a realização do EMP. Esse calendário serviria para que o servidor tivesse conhecimento prévio do período no qual ocorrerá sua convocação e o prazo em que o sistema estará aberto para realização dos exames laboratoriais, complementares e clínicos e assim esteja atento ao e-mail que o próprio sistema dispara com a convocação.

A.2 Manter na página web destinada às informações do departamento responsável pela operacionalização do EMP, espaço reservado para respostas às questões mais frequentes relacionadas ao exame.

