

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

LETÍCIA SUENY KATO

**O SERVIÇO SOCIAL NOS PROCESSOS DE LICENÇA POR MOTIVO
DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA: O CUIDAR DO OUTRO E O
CUIDAR DE SI.**

FLORIANÓPOLIS

2009/1

LETÍCIA SUENY KATO

**O SERVIÇO SOCIAL NOS PROCESSOS DE LICENÇA POR MOTIVO
DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA: O CUIDAR DO OUTRO E O
CUIDAR DE SI.**

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

Orientador: Prof^a. Patrícia Freitas Schemes Assumpção.

FLORIANÓPOLIS

2009/1

LETÍCIA SUENY KATO

**O SERVIÇO SOCIAL NOS PROCESSOS DE LICENÇA POR MOTIVO
DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA: O CUIDAR DO OUTRO E O
CUIDAR DE SI.**

Trabalho de Conclusão de curso aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Patrícia Freitas Schemes Assumpção
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC
Orientadora

Prof^ª. Maria Izabel da Silva
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC

Lúcia Goreti Gobatto Junkes
Assistente Social da Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor

Florianópolis, 07 de julho 2009.

"Não basta ensinar ao homem uma especialidade, porque se tornará assim uma máquina utilizável e não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto".

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Foram quatro anos de muito estudo, muito esforço e muita dedicação, principalmente quando fazemos aquilo que realmente gostamos, aquilo que preenche o nosso coração. Durante esta jornada tive o imenso prazer de encontrar pessoas que tornaram essa etapa da minha vida um momento inesquecível.

Primeiramente é necessário expressar o meu grande amor pelas pessoas mais importantes da minha vida e que sempre estiveram presentes, aqueles que estão sempre ao meu lado, me apoiando, me confortando, aqueles que a mim dedicaram o maior e mais puro amor do mundo. Meus pais, Roberto e Aparecida, e minhas irmãs Clarissa e Alessa, a vocês o meu agradecimento mais sincero e especial, eu não seria nada sem vocês. Vocês me mostraram o melhor caminho a seguir e sempre acreditaram em mim, me ensinaram a lutar pelos meus sonhos e hoje, graças a vocês, um desses sonhos está se concretizando.

Às Assistentes Sociais da Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor, Lúcia Goreti Gobatto Junkes, Maria Alice Pereira e em especial minha supervisora de campo de estágio Ana Paula Balthazar dos Santos. Vocês são exemplos a serem seguidos, são profissionais brilhantes, cada uma com seu jeitinho cativante. Tenham certeza que aprendi muito com vocês.

Querida Ana Paula, obrigada por sua dedicação, seu carinho, por seu comprometimento com meu desenvolvimento acadêmico e pessoal. Agradeço pela sua paciência, pela experiência, pelo incentivo e pelo aprendizado. Graças ao teu apoio nunca pensei em desistir daquilo que eu realmente acredito, você mostrou que sou forte o suficiente para suportar e superar as dificuldades. Este trabalho é nosso.

À Viviane Rodrigues, estagiária de Serviço Social da Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor, obrigada pela companhia, pelo apoio, pela ajuda e pela amizade: Aprendi muito ao teu lado.

À Patrícia Schemes, minha dedicada orientadora, obrigada por ser minha guia nessa experiência única, pela paciência quando eu insistia em algo errado e pelo suporte para que eu encontrasse as idéias certas. Foi um prazer indescritível poder trabalhar com uma profissional tão exemplar e uma pessoa tão iluminada como

você. Teus ensinamentos foram transmitidos a mim com sabedoria e aqui está o resultado no nosso trabalho.

Minhas queridas amigas: Gabriele Minosso e Greicy Bittencourte, com vocês passei os melhores dias, contei e ouvi as melhores histórias. Esses quatro anos não teriam graça sem vocês, sem a companhia, sem os risos, sem as discussões. Vocês são inesquecíveis e meu amor por vocês não tem fim.

Isso é pra vocês duas:

Não é fácil encontrar palavras para descrever uma amizade como a nossa, foram muitas vezes que precisamos de um ombro pra chorar, ou de um carinho nos momentos difíceis. Apesar das diferenças, amigos de verdade concordam em todas as questões importantes. Valores, paixões e interesses comuns, além de respeito mútuo, reforçam nossas experiências de vida. Amigos se preocupam sinceramente uns com os outros, é a confiança para partilhar os segredos, para perguntar se o cabelo está bom, se a maquiagem está borrada. Amigo é alguém que aceita as nossas limitações e temores sem nos julgar e que nos estimula a alcançar o aparentemente inalcançável. Um amigo com quem dividir as coisas boas da vida, as gargalhadas e as tristezas. Amigos de verdade nos fazem sorrir só de vê-los acenar a distância, não precisam dizer uma única palavra para sabermos o que eles estão pensando.

(Bradley Trevor Greive)

Por tudo isso, eu sei o quão afortunada sou por ter amigas assim, e não importa o que aconteça, estaremos sempre juntas... porque seremos amigas eternamente...

RESUMO

Kato, Letícia Sueny. **O Serviço Social nos processos de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família: O Cuidar do outro e o Cuidar de Si.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

Este trabalho tem como objetivo discutir a importância do profissional de Serviço Social nos processos de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família e como a categoria cuidado se insere nesse contexto. Para tanto nos utilizamos de uma pesquisa documental e bibliográfica para fundamentar este trabalho. Com o intuito de compreender o contexto em que a citada licença se insere, na primeira seção, iniciamos com uma breve contextualização do Governo de Getúlio Vargas para lembrarmos o início dos direitos trabalhistas no Brasil, em paralelo a isso, traremos também, resumidamente, a proteção social no país no mesmo período. Na segunda seção apresentaremos a contextualização da Universidade Federal de Santa Catarina, o Regime Jurídico Único onde estão previstos os direitos e os deveres dos servidores públicos federais, o trabalho realizado pelo Serviço Social da Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor em parceria com a Junta Médica Oficial e o trabalho do Serviço Social referente às Licenças por Motivo de Doença em pessoa da Família. Na terceira seção deste trabalho traremos uma discussão sobre o servidor enquanto cuidador de um familiar doente, na perspectiva da integralidade.

Palavras-chave: servidor público federal, licença por motivo de doença em pessoa da família, cuidador, cuidado, integralidade.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organograma da Universidade Federal de Santa Catarina.....	22
Figura 2 – Organograma da Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil do Servidor – Sexo	37
Tabela 2 – Perfil do Servidor – Idade.....	38
Tabela 3 – Perfil dos servidores – Local de trabalho.....	39
Tabela 4 – Perfil dos Servidores – Docentes / Técnico-Administrativos.....	40
Tabela 5 – Perfil da Pessoa Doente – Quem é o familiar doente.....	41
Tabela 6 – Perfil da Pessoa Doente – Quadro da Doença.....	42

LISTA DE SIGLAS

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CPUAD – Coordenação de Prevenção ao Uso Abusivo de Drogas

DAP-HU - Departamento de Administração de Pessoal do Hospital Universitário

DDAP – Departamento de Desenvolvimento de Administração de Pessoal

DDAS - Departamento de Desenvolvimento de Atenção Social e à Saúde

DDPP - Departamento de Desenvolvimento e Potencialização de Pessoas

DiSS – Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor

DRH - Departamento de Recursos Humanos

DSST – Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho

GO – Gabinete Odontológico

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

JMO – Junta Médica Oficial

NDI – Núcleo de Desenvolvimento Infantil

PAS – Programa de Atenção à Saúde

PRAC - Pró-Reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária

PRAE - Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis

PRDHS - Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social

PREG - Pró-Reitoria de Graduação

PROINFRA - Pró-Reitoria de Infra-Estrutura

PRPE - Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão

PRPG - Pró-Reitoria de Pós-Graduação

RJU – Regime Jurídico Único

SASC - Serviço de Atendimento à Saúde Comunitária

SECARTE - Secretaria de Cultura e Arte

SEPLAN - Secretaria de Planejamento e Finanças

SIAS – Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor

SeST – Serviço de Segurança do Trabalho

SINTER - Secretaria de Relações Institucionais e Internacionais

SISOSP – Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal

SSO – Serviço de Saúde Ocupacional

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	13
2 - OS DIREITOS TRABALHISTAS E A PROTEÇÃO SOCIAL	15
2.2 – CONTEXTUALIZANDO A UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA E O REGIME JURÍDICO ÚNICO	20
3 – O SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO REALIZADO EM PARCERIA COM A JUNTA MÉDICA OFICIAL	28
3.1 – A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO SERVIÇO SOCIAL DA DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL – ATENÇÃO AO SERVIDOR NOS PROCESSOS DE LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA	31
4 – O SERVIÇO SOCIAL E O CUIDADO NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE.....	43
4.1 - CUIDADO: EXPRESSÃO DE ATENÇÃO INTEGRAL	54
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	67
ANEXO 1 – FORMULÁRIO UTILIZADO NAS ENTREVISTAS PARA REQUERIMENTO DE LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA	68
ANEXO 2 – DECRETO Nº. 6.833, DE 29 DE ABRIL DE 2009.....	71

1 - INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo discutir a importância do Serviço Social nos processos de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família e como a questão do cuidado se insere nesse contexto. A Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família é um direito dos servidores públicos federais pautados no Regime Jurídico Único. É concedida ao servidor por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, dos pais, dos filhos, padrasto, madrasta e enteado, mediante comprovação por Junta Médica Oficial e a licença só será deferida diante de comprovação de que a presença do servidor é indispensável e não puder ser prestada simultaneamente ao exercício profissional. (Regime Jurídico Único, 2006).

Observamos no decorrer do estágio curricular obrigatório realizado na Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor, que tivemos a oportunidade de ter como projeto de intervenção a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família. Esta se apresentou como um campo privilegiado para intervenção do Serviço Social, pois nos possibilitou uma maior aproximação com a realidade em que os servidores da Universidade Federal de Santa Catarina estão inseridos. Durante os atendimentos conseguimos compreender, através da entrevista, a realidade na qual o servidor está inserido e a partir disso refletir e discutir em conjunto acerca dos recursos disponíveis para amenizar a situação apresentada. É importante destacar que a viabilização dos recursos tem como objetivo atender o servidor em sua situação de saúde, levando em conta também sua situação social, ou seja, dando um olhar atento ao servidor em sua totalidade dentro do contexto no qual está inserido.

O interesse em discutir este tema está no fato de que ele pode trazer contribuições referentes à saúde do servidor, aos direitos dos mesmos enquanto trabalhadores da Universidade Federal de Santa Catarina. A categoria cuidado esta relacionada a esta duas questões, pois como veremos no decorrer do trabalho, os acontecimentos da vida particular do servidor interferem nas suas atividades laborais e vice e versa.

Para fundamentação deste trabalho utilizamos de pesquisa documental e bibliográfica. Foram utilizados documentos e relatórios da Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor para que pudéssemos resgatar o trabalho já realizado

referente à licença, o trabalho em parceria com a Junta Médica Oficial, e as outras atividades realizadas nesta Divisão.

Para tanto, com o intuito de compreender o contexto em que a citada licença se insere, iniciamos com uma breve contextualização do Governo de Getúlio Vargas para relembrarmos o início dos direitos trabalhistas no Brasil, em paralelo a isso, traremos também, resumidamente, a proteção social no país no mesmo período.

Após, apresentaremos a contextualização da Universidade Federal de Santa Catarina, situando suas pró-reitorias, seus departamentos até chegarmos à Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor; o Regime Jurídico Único onde estão previstos os direitos e os deveres dos servidores públicos federais; o trabalho realizado pelo Serviço Social da Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor e o trabalho realizado em parceria com a Junta Médica Oficial e o trabalho do Serviço Social nos processos de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, como ocorrem os atendimentos, como essa demanda chega ao Serviço Social, etc.

Em seguida, traremos uma discussão sobre o servidor enquanto cuidador de pessoa doente na família na perspectiva da integralidade, pontuando a importância deste princípio para a compreensão da realidade social apresentada.

Para finalizar, traçamos algumas considerações com relação à análise que pôde ser construída a partir da experiência de estágio e das reflexões teóricas, no intuito de contribuir para o processo de trabalho do Serviço Social, ora sedimentado e com alguns pontos em construção.

2 – OS DIREITOS TRABALHISTAS E A PROTEÇÃO SOCIAL.

Quando se fala no campo dos direitos trabalhistas no Brasil, tem-se como principal referência o Governo de Getúlio Vargas.

O Governo de Getúlio Vargas foi marcado pelas conquistas trabalhistas e pelo novo conceito do que era a questão social. Segundo Skidmore, (1996) “a questão social não deveria mais ser considerada um caso de polícia; deveria agora ser resolvida mediante concessões de parte da nova elite política, antes que as pressões de baixo pudessem forçar mudanças mais básicas”.

Apesar de algumas transformações no campo social, parafraseando Rizotti (2006), no Brasil, jamais chegou a constituir-se o Estado de Bem-Estar Social. Isto porque, ao mesmo tempo, o sistema econômico brasileiro caracterizou-se pela interferência do Estado como agente econômico sobre as formas essenciais de acumulação, realizando com o fundo público os investimentos essenciais ao desenvolvimento econômico (meios de transporte, comunicações, indústrias de base e geração de energia, entre outros). Implantou-se aqui um sistema de proteção social que, subordinado às instituições políticas e econômicas nacionais, desenvolveu-se marcado pelo papel hegemônico que o modelo de desenvolvimento conservador desempenhou na trajetória brasileira, ou seja, ao invés de respostas políticas apropriadas às demandas dos movimentos sociais organizados, as políticas sociais brasileiras caracterizaram-se, de modo geral, como elementos periféricos no sistema de repressão aos movimentos sociais e de controle social que a burguesia nacional logrou empreender ao longo da recente história nacional.

Da parte do Estado, as iniciativas desenvolvidas restringiram-se ao surgimento de novos elementos na legislação que regulava o trabalho assalariado. A esse respeito, Oliveira (1989) assinala apropriadamente, que “a ausência do Estado no provimento de políticas sociais nessa época decorreu da inexistência de organização política suficientemente expressiva dos segmentos específicos que as demandavam”:

A política social relativa à prestação de serviços, que se refere às demandas gerais da população saúde, educação, saneamento, etc., como não tinha grupos específicos que a demandassem, foi delegada a segundo plano na agenda social do governo, haja vista o reconhecimento social de grupos profissionais. (OLIVEIRA, 1989 p. 109).

Ainda citando Rizotti (2006), apenas na década de 1930 o país seria palco de importantes transformações no papel desempenhado pelo Estado para a proposição de alterações no campo de direitos sociais. “O regime surgido da Revolução, ao contrapor-se em suas táticas de domínio às oligarquias regionais tradicionalmente instaladas no poder, requeria a constituição, pela primeira vez levada a termo no Brasil, de um projeto político nacional, que estendesse a ação do poder central a todas as regiões do país. Deste modo, de um lado o Estado proporcionaria o desenvolvimento econômico, aliando-se ao processo de industrialização; de outro, produziria um amplo processo de respostas ao agravamento das condições de vida, com a realização de ações de intervenção direta nas condições de reprodução da força de trabalho no país. As bases da política social brasileira seriam, neste momento, construídas de acordo com a marcha da modernização com a qual o país encontrar-se-ia, a partir de então, comprometido. As políticas sociais iniciadas a partir da década de 1930 destinaram-se a permitir alcançar, concomitantemente, os

objetivos de regulação dos conflitos surgidos do novo processo de desenvolvimento econômico e social do país e de legitimação política do Governo”.

Assim, com o avanço da organização sindical, como resultado de muitas greves e mobilizações, os direitos trabalhistas são reconhecidos em leis e ampliados para a totalidade dos trabalhadores¹. São criados: a Carteira de Trabalho em 1932, a Justiça do Trabalho em 1939, e se instituiu o salário mínimo. A elite capitalista boicota as leis trabalhistas das mais variadas formas e a diferença entre o que estava escrito nas leis e a realidade nos locais de trabalho faz com que ocorram muitas mobilizações e greves durante a década de 1930.

A Constituição Federal de 1934, a primeira constituição do país a possuir um capítulo referente à ordem econômica e social, foi também pioneira na definição de responsabilidades sociais do Estado, tais como a assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante registrando, assim, novas iniciativas governamentais no campo das políticas sociais. Se, por um lado, a introdução dessas obrigações do poder público no novo sistema legal indicava um salto de qualidade nos serviços sociais existentes na época, expressando novas determinações políticas e ideológicas na relação entre o Estado e a sociedade civil, por outro, as formulações da política social introduzidas pelo modelo adotado na esfera governamental, além de manifestamente assistencialistas, eram correntemente utilizadas como instrumentos de controle e repressão das reivindicações por melhores condições de vida promovidas por segmentos organizados da classe trabalhadora.

Para Lonzar (1987), “o crescimento econômico e a organização da força de trabalho industrial, aliados às péssimas condições de trabalho, desencadeavam o que se passou a chamar embate entre capital e trabalho. O crescimento e a organização da burocracia estatal, além de certa autonomia do Estado em relação à sociedade, traziam à luz um segundo embate entre a iniciativa privada e a estatização. Correlatamente, começa a surgir uma terceira questão referente à expansão do capital através da propriedade da terra. A disputa aqui envolverá o capital privado, o trabalho e o Estado”.

Com a instalação do Estado Novo, no ano de 1937, outro período pode ser demarcado para aquele modelo inicial de organização das políticas sociais no país. Revogada a Constituição de 1934, esta apresentava grandes retrocessos no que

¹ Termo utilizado para indicar que eram considerados trabalhadores os que estavam incluso no mercado de trabalho formal.

tange às liberdades políticas e aos direitos sociais dos cidadãos. Somando-se a isso, o novo panorama político do país, após a instauração da ditadura de Vargas, tornava extremamente difícil a sustentação desses direitos pela via da mobilização popular. As manifestações populares que reivindicavam melhores condições de vida foram reprimidas com força cada vez maior, a ponto de terem suas conseqüências neutralizadas pelo aparelho de Estado.

A edição de uma nova legislação trabalhista interferiu na estrutura de organização do movimento sindical, atrelando-o ao Estado e reforçando o corporativismo no interior das categorias de trabalhadores. Como alternativa legítima para manifestação das demandas populares, restaram as ligas de bairros que, na época, desenvolveram suas atividades prioritariamente nas lutas por infra-estrutura urbana, reivindicação dotada de grande apelo popular no contexto de urbanização acelerada que se expandia, sobretudo no entorno dos grandes centros urbanos.

Nesse contexto legal e político, as ações das políticas sociais desenvolvidas tiveram caráter apenas incipiente, servindo prioritariamente como método de controle dos movimentos sociais emergentes e de reafirmação da legislação social corporativa, incorporando de forma parcial e controlada as reivindicações populares, através de procedimentos clientelistas na relação entre o Estado e os setores organizados da sociedade civil. (RIZOTTI, 2006).

Rizotti (2006) traz ainda que com a Constituição Federal de 1946, ocorreram mudanças no que diz respeito à Ordem Econômica e Social, reforçando o papel do Estado no desenvolvimento econômico e atribuindo-lhe a responsabilidade da justiça social. Seu texto final registrava a necessidade de conciliação da ordem econômica, com os princípios de justiça social. De acordo com seus princípios, a Constituição definiu como competência da União a responsabilidade pela defesa permanente contra endemias e pela regulamentação da legislação social. Além disso, retomou o disposto na Constituição de 1934, tornando obrigatória a assistência à maternidade, infância e adolescência. Garantiu ainda o direito de aposentadoria integral aos trabalhadores, motivada por acidente de trabalho ou invalidez. O motivo pelo qual o governo apresentava dificuldade na incorporação efetiva das reivindicações populares de maior profundidade deveu-se ao fato de que no contexto do populismo, a ação política institucional orientava-se pela expansão pontual de benefícios sociais, sem que tal expansão consistisse realmente no reconhecimento de novos direitos sociais, ou sequer no estabelecimento de políticas duradouras.

Nas palavras de Skidmore (1996), “a orientação trabalhista do governo Getúlio Vargas, que no ápice instituiu a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com o salário-mínimo, limitação da jornada de trabalho e férias remuneradas. Caiu em desuso a proibição de demissão sem justa causa do empregado após 10 anos no trabalho, posteriormente, em 1966 houve a criação do FGTS e o 13º salário foi instituído por João Goulart; fatos que atribuíram à legislação trabalhista brasileira a condição de uma das mais protecionistas do mundo. Através de sua política trabalhista, que era favorável aos trabalhadores (operários), Getúlio Vargas tinha como objetivo conquistar o apoio das massas populares ao governo. Tal política paternalista buscava ainda anular as influências da esquerda, desejando transformar o operariado num setor sob seu controle, para ser usado pelo jogo do poder”.

A CLT, instituída em 1943, é a principal norma legislativa brasileira no que diz respeito aos direitos trabalhistas. Foi criada através do Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943 e sancionada pelo presidente Getúlio Vargas, unificando toda legislação trabalhista então existente no Brasil. Tem como principal objetivo a regulamentação das relações individuais e coletivas do trabalho, nela previstas.

Art. 1º Esta Consolidação estatui as normas que regulam as relações individuais e coletivas de trabalho, nela previstas.

Art. 2º Considera-se empregador a empresa, individual ou coletiva, que, assumindo os riscos da atividade econômica, admite, assalaria e dirige a prestação pessoal de serviços. (Consolidação das Leis do Trabalho – Decreto-Lei 5.452, de 1º de maio de 1943).

A CLT regulamenta as relações trabalhistas, tanto do trabalho urbano quanto do trabalhador rural. Desde sua publicação já sofreu diversas alterações, objetivando adaptar o texto às mudanças da realidade. Apesar disso, ela continua sendo o principal instrumento para regulamentar as relações de trabalho e proteger os trabalhadores.

Seus principais assuntos são: Registro do Trabalhador/Carteira de Trabalho, Jornada de Trabalho, Período de Descanso, Férias, Medicina do Trabalho, Categorias Especiais de Trabalhadores, Proteção do Trabalho da Mulher, Contratos Individuais de Trabalho, Organização Sindical, Convenções Coletivas, Fiscalização, Justiça do Trabalho e Processo Trabalhista.

Nos anos seguintes, iniciou-se um processo de tentativa de forjar algumas conquistas trabalhistas.

De acordo com Almeida (2000), “o objetivo maior do Estado, ao propor a adoção do regime celetista para aqueles que não se enquadram nas chamadas carreiras típicas de Estado, está na extinção da aposentadoria com proventos integrais a que têm direito os servidores públicos, com a redução do déficit público nesse setor e o conseqüente aumento na arrecadação de receitas para o INSS - esses servidores passarão a contribuir para o Regime Geral de Previdência Social”.

O Regime Celetista compreende os trabalhadores que possuem seus direitos e deveres regulados pela CLT, outro regime existente é o Regime Estatutário que compreende um vínculo jurídico estabelecido através da Lei nº. 8.112, de 11 de dezembro de 1990 o qual estabelece os direitos e deveres através do Regime Jurídico dos servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas e Federais, como por exemplo, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Art. 1º Esta Lei institui o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias, inclusive as em regime especial, e das fundações públicas federais.

Art. 2º Para os efeitos desta lei, servidor é a pessoa legalmente investida em cargo público.

Art. 3º Cargo público é o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor. (Regime Jurídico Único – Lei nº. 8.112, de 11 de dezembro de 1990).

O Regime Jurídico único traz em seu texto os direitos e deveres dos servidores técnico-administrativos e docentes da Universidade Federal de Santa Catarina, assim como dos demais servidores federais.

Apresentaremos a seguir uma breve contextualização da Universidade Federal de Santa Catarina para situarmos a Instituição na qual se desenvolveu a prática de estágio.

2.2 – CONTEXTUALIZANDO A UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA E O REGIME JURÍDICO ÚNICO.

A Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) é uma Instituição de Ensino Superior, de caráter público federal e foi criada pela Lei n.º 3.849 de 18 de dezembro de 1960, reunindo primeiramente os cursos de Direito, Medicina, Farmácia, Odontologia, Filosofia, Ciências Econômicas, Serviço Social e Engenharia Industrial. A UFSC é pessoa Jurídica de Direito Público, de natureza autárquica, especial para ensino, pesquisa e extensão. É vinculada ao Ministério da Educação, regida pelo Estatuto e Regimento Geral; seus servidores são regidos pelo Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas e Federais (UFSC, 2009).

Citando Gomes (2008), “este é o regime jurídico dos servidores públicos civis da administração das autarquias, das fundações instituído pela Lei n.º 8.112/90. Esta lei define os direitos, deveres e demais parâmetros que devem regular o relacionamento entre empregado e empregador. A este regime se incorporaram funcionários públicos que eram regidos pelo Estatuto dos Funcionários Civis da União, lei n.º 1.711/52 e os empregados públicos que eram regidos pelo regime celetista. Anterior a esta data, os servidores das universidades federais eram regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com regime contratual de trabalho e sem vínculo empregatício estável”.

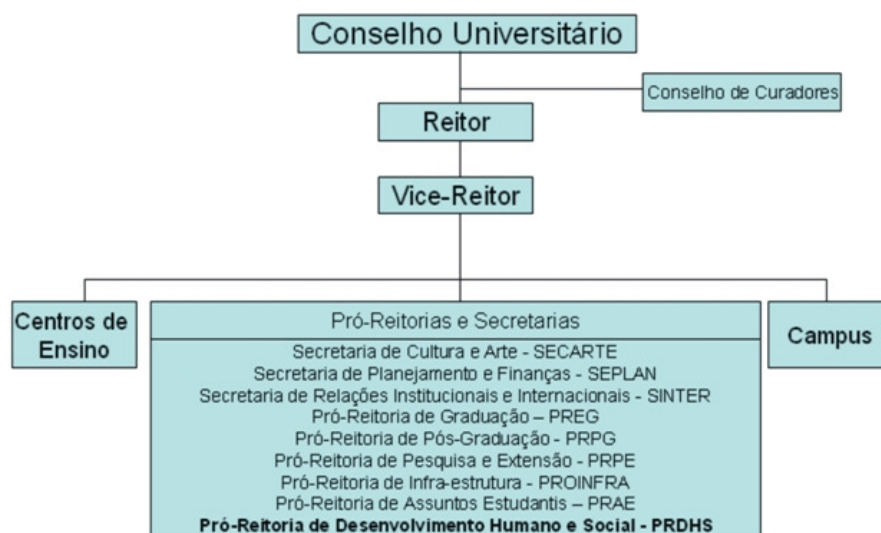
A Universidade Federal de Santa Catarina tem por finalidade "produzir, sistematizar e socializar o saber filosófico, científico, artístico e tecnológico, ampliando e aprofundando a formação do ser humano para o exercício profissional, a reflexão crítica, solidariedade nacional e internacional, na perspectiva da construção de uma sociedade justa e democrática e na defesa da qualidade de vida" (UFSC, 2009).

De acordo com dados de 17 de março de 2009, fornecidos pelo Departamento de Desenvolvimento de Administração de Pessoal (DDAP) da Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social (PRDHS) da Universidade Federal de Santa Catarina, o número de servidores técnico-administrativos que estão na ativa é 3.290 (três mil duzentos e noventa), os que estão inativos somam 2.436 (dois mil quatrocentos e trinta e seis), o número de servidores docentes na ativa é de 1.773 (mil setecentos e setenta e três) e os servidores docentes inativos são 1.100 (mil e cem).

A Universidade conta com seis Pró-Reitorias, são elas:

- Pró-Reitoria de Graduação (PREG);
- Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão (PRPE);
- Pró-Reitoria de Pós-Graduação (PRPG);
- Pró-Reitoria de Infra-Estrutura (PROINFRA);
- Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE);
- Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social (PRDHS).

Figura 1 – Organograma da Universidade Federal de Santa Catarina



O Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina foi criado na década de 1970, visando à melhoria das condições de vida dos trabalhadores e estudantes da instituição. Nessa época, o Serviço Social era subordinado à Pró-Reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária (PRAC). Em 2004, a PRAC foi extinta, e a partir dela foram criadas duas Pró-Reitorias: Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE) e Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social (PRDHS) (UFSC, 2009).

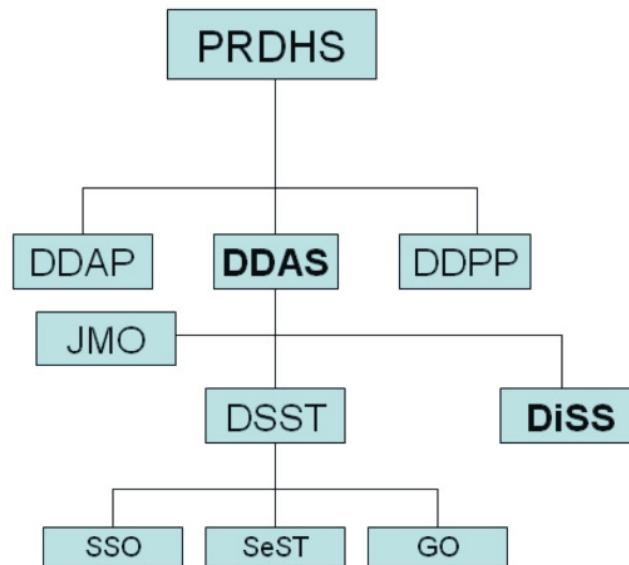
A Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social almeja atender às demandas dos servidores da Universidade, para uma nova visão das relações

humanas na Instituição. É um órgão executivo central da administração superior da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), criada com o objetivo de auxiliar o Reitor em suas tarefas executivas na área de gestão de desenvolvimento humano destinada à melhoria do nível de qualidade de vida no trabalho dos servidores docentes e técnico-administrativos. Dentro da PRDHS encontram-se três departamentos:

- Departamento de Desenvolvimento e Potencialização de Pessoas (DDPP) o qual tem por objetivo desenvolver processos de qualificação continuada destinados aos servidores técnico-administrativos, servidores docentes e, a partir de uma política de desenvolvimento voltada para um melhor nível de qualidade de vida no trabalho, que visem a potencialização destes agentes de transformação social na Universidade Federal de Santa Catarina. (UFSC, 2009).
- Departamento de Desenvolvimento e Administração de Pessoal (DDAP) que objetiva desenvolver ações de administração de pessoal e gerenciar o processo de trabalho. (UFSC, 2009).
- Departamento de Desenvolvimento de Atenção Social e à Saúde (DDAS) que trabalha na perspectiva de desenvolver e implementar políticas de promoção à saúde e a segurança do trabalho, otimizando o processo de interação no trabalho, bem como de políticas de assistência social. (UFSC, 2009).

Inserida no Departamento de Desenvolvimento de Atenção Social e à Saúde (DDAS) da Pró-Reitoria de desenvolvimento Humano e Social (PRDHS) está a Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor (DISS). A DISS tem como princípios: o respeito à cidadania, atenção integral ao servidor e garantia de acesso aos bens e serviços. Seu objetivo é atender as questões sociais de saúde e de relações de trabalho, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos servidores técnico-administrativos e servidores docentes.

Figura 2 – Organograma da Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social.



As atividades realizadas pela DiSS estão voltadas ao atendimento das demandas apresentadas pelos servidores técnico-administrativos e docentes, desenvolvendo ações centradas na temática de trabalho e saúde, visando à proteção social e a garantia de direitos.

Os servidores atendidos pela DiSS apresentam as seguintes características: estabilidade adquirida, a escolaridade vai do semi-alfabetizado ao Ph.D, faixa etária heterogênea, nível sócio econômico diferenciado, profissões diversas, apresentam uma diversidade nas demandas (Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor).

Um dos desafios que se apresenta para as profissionais da Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor é atender uma gama diferenciada de demandas dentro de um mesmo contexto sócio-ocupacional. (Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor, 2009).

O Serviço Social desenvolve ações que contribuem para a garantia do acesso aos bens e serviços internamente ou externamente à Instituição, bem como a ampliação de novos serviços sociais como alternativas de atenção integral ao servidor; elabora, coordena e executa programas na área social, desenvolvendo atividades que atendam às demandas sociais dos servidores. (Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor, 2009).

Com base em Santos e Kato (2008) ² as atribuições do Assistente Social na DISS consistem em: orientar servidores (técnico-administrativos e docentes), suas famílias e gestores da Universidade Federal de Santa Catarina, sobre legislação (direitos e deveres do Regime Jurídico Único), rotinas da instituição e outros direitos do servidor enquanto cidadão (saúde, habitação, etc); articular os recursos necessários à garantia dos direitos dos servidores intra ou extra UFSC; elaborar programas e projetos sociais que viabilizem o acesso aos bens e serviços sociais; pesquisar a realidade social, ou seja, levantamento das demandas sociais dos servidores, pesquisas bibliográficas e documentais, avaliação e elaboração de projetos sociais, entre outros; documentação entendida como registro de atendimentos, estudo sócio-econômico, pareceres técnicos relativos às questões do serviço social, relatórios; participação em equipes multidisciplinares.

A Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor (2009) tem trabalhado com as seguintes ações:

- Trabalho com a Junta Médica Oficial através de equipe transdisciplinar³ para discutir e encaminhar conjuntamente demandas relacionadas à questão de saúde e trabalho dos servidores;
- Articulação com os demais departamentos da Pró-Reitoria (DDPP, DDAP, DDAS) a fim de encaminhar as situações de saúde do trabalho, na perspectiva de encaminhar propostas na garantia de direitos que possibilitem a atenção social integral do servidor;
- Orientação e encaminhamentos aos servidores e seus familiares quanto a procedimentos administrativos referentes ao Regime Jurídico Único como licenças médicas, licenças para tratamento de pessoa da família, prorrogação de licença maternidade, aposentadorias, remoções, etc;
- Construção de uma rede de serviços (Projeto Rede Cidadã) internos e externos à UFSC nas áreas de psiquiatria e outras especialidades da medicina, psicologia, dependência química, pedagogia, terapias complementares, atendimento jurídico-social, postos de saúde, hospitais,

² Estas atribuições foram elaboradas a partir da supervisão de estágio realizado no semestre 2008/2.

³ Equipe Transdisciplinar composta por profissionais do DDAS (médica, enfermeira, psicóloga, assistente social) e um representante do DDAP, do DDPP e do DAP/HU. Nomenclatura adotada pela Pró-Reitoria após monografia realizada por Lilian M. Silva Bodenmuller, enfermeira, integrante desta equipe.

medicamentos de alto-custo, tratamento fora de domicílio, previdência, assistência social, entre outros;

- Parcerias com profissionais de medicina, psicologia e terapias complementares para os encaminhamentos de saúde;
- Trabalho com as chefias no sentido de discutir as situações trazidas pelos servidores desde lotação, processo de trabalho, relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho, questões familiares que interferem no trabalho ou vice-versa, e outros;
- Participação em comissões projetos em parceria com outros setores da UFSC para encaminhar as demandas de forma coletiva e preventiva: Coordenação de prevenção ao Uso Abusivo de Drogas (CPUAD), Equipe Multiprofissional de Acompanhamento do Ingresso e Permanência de Servidores Portadores de Deficiência, trabalho com grupos de novos servidores, proposta de intervenção para atender demandas específicas dos professores, Projeto Comemorando a UFSC;
- Assessoria e atendimento em setores da UFSC, atualmente: Núcleo de Desenvolvimento Infantil (NDI), Biblioteca (BU), Junta Médica Oficial (JMO), Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social (PRDHS);
- Planejamento e execução de projetos específicos para atendimentos das demandas apresentadas no cotidiano profissional: projeto cuidar, projeto de aposentadoria, projeto rede cidadã, programa de Atenção à Saúde (PAS).

Tais ações que surgem no cotidiano profissional de forma pontual servem como ferramenta para conhecer e identificar as prioridades de intervenção profissional, elaborando e propondo novas formas de trabalho articuladas com a garantia de direitos e de acessibilidade em uma perspectiva de proteção social integral ao servidor (Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor, 2009).

Destacamos brevemente a questão da saúde do trabalhador, apesar desta não ser o foco de nossos estudos, por entender que a mesma contempla aspectos que adiante discutiremos. No decorrer da prática de estágio, muitas vezes o servidor que está acompanhando um familiar doente, acaba adoecendo, inclusive, algumas vezes, necessita de licença para si próprio.

Sobre essa questão da saúde do trabalhador “entendemos que a mesma não é compreendida como modismo da atualidade, mas que vem se constituindo em uma importante questão de saúde coletiva, na perspectiva de se tornar uma política efetiva de atenção aos aspectos que se relacionam ao processo saúde/doença no trabalho. Suas bases teórico-metodológicas baseiam-se na noção de que o trabalhador tem um papel importante na transformação da sua realidade, deixando de ser apenas um mero espectador, objeto de intervenção, para ocupar lugar de destaque como sujeito da mudança” (MENDES, 2003; OLIVEIRA, 1996).

A Saúde do Trabalhador entende o social como o determinante das condições de saúde. Sem negar que os doentes devem ser tratados e que é necessária a prevenção de novas doenças, privilegia ações de promoção da saúde. Entende que as múltiplas causas das doenças têm hierarquia entre si, não sendo neutras e iguais. Há, portanto, algumas causas que determinam outras. Diferentemente das visões anteriores, propõe que os programas incluam a proteção, recuperação e promoção, de forma integrada, da saúde. É dirigida não só aos trabalhadores que sofrem, adoecem ou se acidentam, mas também ao conjunto coletivo de trabalhadores. [...] Essas ações [...] são realizadas através de uma abordagem transdisciplinar e intersetorial e, ainda, com a imprescindível participação dos trabalhadores (MENDES, 2003, p. 65).

Nas palavras de Ely (2007), “foi-se o tempo em que a Saúde do Trabalhador era abordada como tema irrelevante. As mudanças no processo de produção e o advento de diferentes valores modificaram a forma de olhar as novas e as velhas demandas que envolviam o adoecimento pelo trabalho, trazendo uma complexidade que abria espaço para a forma de atenção pensada pela Saúde do Trabalhador”.

Na medida em que as classes trabalhadoras constituem-se em novo sujeito político e social, conforme sugere o campo Saúde do Trabalhador, este incorpora idéia de trabalhador que difere frontalmente da anterior: passiva, como hospedeiro ou paciente; apreendendo-o como agente de mudanças, com saberes e vivências sobre seu trabalho, compartilhadas coletivamente e, como ator histórico, ele pode intervir e transformar a realidade de trabalho, participando do controle da nocividade; da definição consensual de prioridades de intervenção e da elaboração de estratégias transformadoras. (LACAZ, 2007, p. 760 apud ELY, 2007, p. 20).

As demandas chegam à Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor através de encaminhamentos de setores da Universidade, como as chefias e a Junta Médica Oficial; espontaneamente, onde o próprio servidor procura o Serviço Social; e/ou pela família do servidor.

Utilizando este breve contexto como pano de fundo, no próximo item situaremos uma das ações da DiSS, pelo fato de ser o contexto no qual está inserida a prática de estágio.

3 – O SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO REALIZADO EM PARCERIA COM A JUNTA MÉDICA OFICIAL.

O Serviço Social da Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor tem como uma de suas frentes de trabalho, a parceria realizada com a Junta Médica Oficial com o objetivo de avaliar a situação do servidor em sua totalidade como já dito anteriormente.

Para trazer dados da realidade dos atendimentos da DiSS consultamos os relatórios anuais onde ficam registradas todas as atividades realizadas durante o ano do relatório citado.

“A documentação é um instrumento técnico-operativo de extrema importância, é a comprovação dos acontecimentos e das situações estudadas. É o registro dos dados, a organização das informações” (SARMENTO, 1994). Quando realizamos um atendimento é fundamental que o profissional faça o registro para que nos próximos atendimentos já se tenha dados a respeito da situação. Tendo um conhecimento prévio da situação do servidor, o profissional pode analisar os recursos necessários

com mais eficácia. Através dos registros é possível estudar as demandas para a criação de novas propostas de trabalho.

De acordo com o Relatório Anual de 2001 da DiSS, neste ano já ocorriam reuniões nas quais o Serviço Social participava em conjunto com a Junta Médica Oficial, a Medicina, a Enfermagem do Trabalho, o Departamento de Recursos Humanos (DRH) e DAP-HU. Os profissionais de cada uma dessas áreas reuniam-se semanalmente com o objetivo de discutir a situação dos servidores com problemas de saúde que interferiam no trabalho ou não, e os possíveis encaminhamentos a serem dados. Dependendo da situação apresentada, ela era discutida por diversas vezes até que todos os encaminhamentos possíveis fossem realizados.

Nesse trabalho, o ponto de partida da atuação do Serviço Social junto ao servidor era o atendimento individual. No atendimento individual, o Serviço Social procurava resgatar o histórico da doença, a situação funcional do servidor e a vida do mesmo como um todo, ou seja, olhar o servidor numa perspectiva de totalidade. Era um momento de reflexão junto ao servidor com relação à situação vivenciada, principalmente para tentar desvendar as possíveis causas e as conseqüências do processo de adoecimento, bem como sobre as alternativas de tratamento e/ou encaminhamentos que superassem ou amenizassem a situação. A atuação do Serviço Social permitia um aprofundamento no conhecimento da realidade apresentada pelo servidor e, a partir disso, desenvolviam ações voltadas para um trabalho educativo e preventivo.

A partir do atendimento individual desencadeiam reuniões com as chefias, entrevistas com os familiares, visitas domiciliares, visitas institucionais, levantamento de recursos de saúde e sociais, etc. Os registros dos atendimentos são utilizados como material para leitura da realidade, contribuem para a identificação das demandas e conseqüentemente na articulação para criação de novas propostas de trabalho.

No Relatório Anual da DiSS de 2002, percebemos que esse trabalho tem continuidade e o Serviço Social prossegue com os atendimentos aos servidores no processo de tratamento de saúde e simultaneamente, buscando alternativas para a superação das dificuldades estejam elas relacionadas à saúde, ao trabalho, à família, etc.

Os Relatórios Anuais da DiSS de 2004 e 2005, além das atividades já citadas nos relatórios de 2001 e 2002, apontam que as principais questões atendidas na

área da saúde foram: afastamentos médicos prolongados, remoção do local de trabalho relacionados a problemas de saúde, avaliação de processos de aposentadoria quando envolve questões de saúde. Estas atividades foram realizadas com o objetivo de orientar o servidor, de refletir sobre as alternativas de enfrentamento da situação.

Nos Relatórios Anuais da DiSS de 2006 e 2007, vemos a continuação do trabalho transdisciplinar para discutir e encaminhar as situações de servidores em licença médica, remoção ou readaptação ao trabalho, portadores de doenças ocupacionais, acidentes em local de trabalho, etc. o serviço Social atuava em nível de acompanhamento conjunto com médico da Junta Médica Oficial e medicina do trabalho, enfermeiros do trabalho, psicólogo e assistente social, representante dos departamentos: Departamento de Desenvolvimento e Potencialização de Pessoas (DDPP), com o Departamento de Desenvolvimento e Administração de Pessoal (DDAP), com o Departamento de Administração de Pessoal do Hospital Universitário (DAP-HU).

Através do Relatório Anual da DiSS de 2008, constatamos que a DiSS continuou sua parceria com a JMO no intuito de possibilitar um olhar ampliado sobre a situação do servidor técnico-administrativo e docente⁴, até mesmo porque comumente o problema de saúde do servidor traz consigo outras dificuldades no âmbito pessoal, profissional e familiar. Ocorre, conseqüentemente, a necessidade de (re) avaliar com o servidor, possibilidades de recursos de saúde e/ou demais alternativas que contribuam para a superação da realidade vivenciada, além de orientar o servidor a respeito de questões sobre a legislação que sofrem constantes mudanças e que interferem nas decisões de vida do servidor público federal, temos como exemplo as leis sobre aposentadoria (Divisão de serviço Social – Atenção ao Servidor, 2008).

Ainda de acordo como relatório de 2008, mais especificamente no segundo semestre, o Serviço Social em parceria com a Junta Médica, organizou o trabalho referente às Licenças por Motivo de Doença em Pessoa da Família (artigo 83 do RJU) de forma mais sistemática. A DiSS elaborou um formulário próprio para realizar entrevista com o servidor e transmitir orientações a respeito do objetivo dessa licença, documentos necessários, em que período pode ser usufruída. Este trabalho

⁴ Observamos o número crescente de atendimentos aos docentes no ano de 2007 e principalmente em 2008.

tem como objetivos avaliar/encaminhar com o servidor os possíveis recursos sociais e de saúde para lidar com o familiar doente e refletir como servidor o significado de ser o cuidador⁵ de seu familiar, sempre ressaltando a importância do cuidar de si, avaliando atitudes que podem ser tomadas frente a esta situação. Esse objetivo justifica-se tendo em vista que por vezes é o próprio servidor cuidador quem acaba adoecendo. O trabalho do Serviço Social não se encerra com o parecer para a JMO, ele continua no acompanhamento ao servidor nas questões apresentadas, incluindo situações em que o familiar vem a falecer.

No final de 2008, a Junta Médica Oficial e a Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor avaliaram que esta experiência foi de extrema importância e que ele terá continuidade. Através desse processo pudemos analisar a situação do servidor visando não somente uma melhora em sua saúde, mas também pensando a situação social do servidor. O processo de intervenção relacionado à Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família ainda encontra-se em construção.

3.1 – A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO SERVIÇO SOCIAL DA DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL – ATENÇÃO AO SERVIDOR NOS PROCESSOS DE LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA.

Como já dito anteriormente, a Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor atua em conjunto com a Junta Médica Oficial, na relação saúde/trabalho.

Percebemos, atrav que alguns servidores que estavam tirando licenças médicas prolongadas, possuíam uma pessoa doente na família. Assim, a questão da doença na família foi vista como um espaço de trabalho na perspectiva da proteção social integral. Viu-se então a necessidade de o Serviço Social abarcar este trabalho.

Paralelo a isso, em 2006, foi elaborada uma cartilha denominada Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Federais. Este manual estava inserido dentro da Política de Seguridade Social e Benefícios do Servidor Público

⁵ A Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor denomina de cuidador o servidor que solicita a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.

Civil Federal que possuía como norteador o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Civil da Administração Pública Federal (SISOSP).

Este manual visa uniformizar e padronizar o atendimento ao servidor público civil do executivo federal acometido de algum agravo à sua saúde ou que necessite de outros tipos de licença amparados pela legislação, que requeiram avaliação por uma equipe profissional de saúde. O objetivo é o de instituir tratamento igualitário e transparente em todo o Brasil, por meio de estabelecimento de protocolos, procedimentos e formulários padrão, evitando assim que situações semelhantes tenham tratamentos administrativos diferenciados. (Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Civis Federais, 2006, p. 11).

A equipe profissional de saúde citada é composta por assistente social, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, engenheiro de segurança, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, médico do trabalho, nutricionista, odontólogo, psicólogo, sanitarista, técnico de segurança e terapeuta ocupacional. Para cada um desses profissionais foram destinadas atribuições, respeitando as competências legais de cada profissão.

A equipe multiprofissional de saúde é composta dos profissionais de saúde com formação acadêmica na área de saúde e de profissionais que possuem formação em saúde ocupacional e/ou vigilância ambiental. A equipe multiprofissional de saúde terá várias e diferentes atribuições, desde a perícia médica, vigilância ambiental dos locais de trabalho, vigilância à saúde do servidor, elaboração de pareceres especializados, até a elaboração e coordenação de programas de reabilitação e readaptação que visem à melhoria da qualidade de vida do servidor em todos os aspectos. (Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Civis Federais, 2006 p. 23).

Entre as atribuições do assistente social encontramos a elaboração dos pareceres relacionados à Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.

O Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Civil da Administração Pública Federal (SISOSP) foi substituído pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) que vem sendo implementado.

O SIASS foi instituído pelo Decreto nº. 6.833, de 29 de abril de 2009 com o objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência, inspeção médica, promoção e vigilância à saúde dos servidores federais.

O SIASS contará com unidades físicas, que terão como finalidade centralizar o atendimento e os procedimentos relativos à saúde do servidor.

No semestre 2008/2, iniciamos um trabalho especificamente referente à Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, organizando os atendimentos e procedimentos necessários para a concessão dessa licença como forma de antecipação devido ao SIASS.

Como estagiária da Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor, o projeto de intervenção dentro da disciplina Supervisão Pedagógica de Estágio Curricular Obrigatório, durante o período de estágio ocorrido em 2008/2 e 2009/1, foi atender os servidores técnico-administrativos e docentes que vinham solicitar Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, visando à construção de uma proposta mais sistematizada, não perdendo de vista a amplitude da questão saúde/trabalho e trabalhando também a questão do cuidado que será abordada na próxima seção.

A Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família⁶ é um direito previsto no Regime Jurídico Único, que tem por finalidade ser concedida aos servidores técnico-administrativos e docentes que possuam cônjuge ou companheiro (a), pais, filhos (as), padrasto, madrasta e enteado (a) doente, mediante comprovação da Junta Médica Oficial. Entretanto, só pode ser concedida quando não há alternativas de cuidado para o doente, ou seja, a licença só será concedida se ficar comprovado que os cuidados do servidor para com a pessoa doente forem indispensáveis (Regime Jurídico Único).

Art. 83. Poderá ser concedida licença ao servidor por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, dos pais, dos filhos, do padrasto ou madrasta e enteado, ou dependente que viva às suas expensas e conste do seu assentamento funcional, mediante comprovação por junta médica oficial. (redação dada pela Medida Provisória nº. 1.595-14, de 10/11/97). (Regime Jurídico Único, 1990, p. 33).

§ 1º A licença somente será deferida se a assistência direta do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo ou mediante compensação de horário, na forma do disposto inciso II do art. 44. (redação dada pela Medida provisória nº. 1.595-14 de 10/11/97). (Regime Jurídico Único, 1990, p. 33).

⁶ O servidor tem direito a 30 (trinta) dias de licença, podendo ser prorrogado por mais 30 (trinta). Ex: Caso o último dia de licença possível seja em 07 de julho de 2009, o servidor só poderá usufruir de nova licença a partir do dia 07 de julho de 2010.

Os atendimentos relacionados com a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família seguiram da seguinte maneira: o servidor chega até o Serviço Social encaminhado pela Junta Médica Oficial, pela chefia ou apresenta-se espontaneamente, ou seja, quando o próprio servidor procura o Serviço Social, então, relata sua situação para que possamos transmitir todas as orientações necessárias a respeito da licença, auxiliamos o servidor a refletir acerca das possibilidades para resolver ou amenizar sua situação, refletimos junto ao mesmo sobre sua própria condição de saúde enquanto trabalhador, ser humano e cuidador do familiar doente. Após avaliação com o servidor, o Serviço Social se reúne com a médica da Junta Médica Oficial para avaliar a situação.

A questão da viabilização de recursos também é discutida nos atendimentos, são recursos disponíveis na rede pública que auxiliarão a situação do servidor e também para complementação de tratamentos médicos. Percebemos que os recursos da rede pública são escassos, ocorre a responsabilização da família e a ausência do Estado.

A intenção é criar um perfil do servidor atendido pelo Serviço Social para avaliar novas propostas de trabalho, na perspectiva da proteção social integral.

Dentre os instrumentos técnico-operativos da profissão destacamos a observação, a entrevista, a reunião, a documentação e o relacionamento como as mais utilizadas durante os atendimentos realizados pelo Serviço Social.

A observação é um instrumento muito importante no fazer profissional. A observação diz respeito a olhar com atenção, com curiosidade, é interpretar aquilo que se está vendo. Através da observação é possível compreender algumas questões sem que o usuário precise necessariamente falar, seus gestos, a forma como se movimenta, o modo como vive trazem informações que muitos não conseguem captar.

Em uma perspectiva crítica, afirmamos que não basta olhar, é preciso ver fundo. Não é apenas especular, é decodificar, é compreender as inter-relações causais. É ver fundo o singular sem desprezar o geral, é aproximar-se da realidade observada para ver o aparente, identificando-o e, ser capaz de ver além do que se apresenta no imediato, do que é dado ao observador, mediante o movimento do abstrato e do concreto. (SARMENTO, 1994 p. 236).

A entrevista é uma oportunidade para estabelecer uma relação de confiança entre profissional e usuário. Quando realizamos uma entrevista, devemos ter clareza de qual é o objetivo e o explicarmos ao usuário. A entrevista tem um caráter confidencial, preservando o usuário e respeitando o sigilo profissional de acordo com o Código de Ética Profissional do Assistente Social.

A entrevista ao longo da prática profissional tem sido concebida como um contato pessoal, de caráter confidencial, entre assistente social e cliente ainda, envolve uma relação mais íntima e sutil. Sendo também um dos mais importantes instrumentos dentro dessa concepção, pois é através dela que se estuda o cliente e seus problemas e ainda, se aplica o tratamento social. Neste sentido a entrevista não é senão uma conduta com, entre e para os outros que nos permite fazer uma tentativa para conhecer sua personalidade e expressar a nossa. E, para realizar com precisão esta entrevista é preciso saber a maneira de iniciar e terminar uma entrevista, quando fazer e não fazer perguntas, quando tomar nota, etc. (SARMENTO, 1994 p. 280).

A reunião é um momento de discussão, de reflexão acerca de situações apresentadas pelos servidores e questões pertinentes ao Serviço Social e à DiSS. São reuniões entre as equipes de trabalho, reuniões com chefias objetivando a garantia dos direitos dos servidores que procuram o Serviço Social.

O termo reunião tem o significado de tornar a unir, agrupar, vários indivíduos para realizar um objetivo comum, também é reconhecida como um meio de interação. Não sendo um encontro casual, a reunião é propositada pelos seus próprios membros ou pelo assistente social. (SARMENTO, 1994 p. 290).

A documentação é a comprovação dos acontecimentos e das situações. É o registro dos dados, é a organização das informações. Durante o estágio a documentação das ações e dos encaminhamentos é fundamental para que o profissional possa ter um conhecimento das situações pelas quais o servidor/usuário já passou, facilitando para que o profissional possa pensar em alternativas para auxiliar na situação. A documentação também é utilizada para repensarmos a realidade e estudarmos novas propostas de trabalho.

Se entendemos a documentação não apenas como um acervo, mas, como a maneira de organizar as informações relacionadas a um determinado assunto, compreendemos que falar nesta implica diretamente a falar em informação. Não nos restringimos aqui, apenas aos documentos fisicamente presentes, mas, a possibilidade e objetivo de reunir todas as informações úteis, em assuntos, e organizar isto tudo de tal forma que seja possível disponibilizar a informação correta no momento adequado. (SARMENTO, 1994 p. 268).

O Serviço Social busca realizar um trabalho competente ao transmitir as orientações aos seus usuários, pois pudemos perceber que muitos deles não sabem como proceder quando ocorre uma situação de doença na família. Alguns servidores da Universidade desconhecem a existência dessa licença, outros já ouviram falar, mas não buscaram maiores informações a respeito. Uma parte dos servidores técnico-administrativos e docentes sabe que é um direito previsto do Regime Jurídico Único, entretanto, não sabem como fazer para usufruir este direito e então é onde mais uma vez podemos observar o trabalho do Serviço Social, na defesa dos direitos do servidor, fazendo parte de sua viabilização.

A Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família tornou-se um campo privilegiado para as intervenções realizadas pelo Serviço Social, uma vez que a solicitação dessa licença permite ao profissional conhecer o servidor em sua totalidade possibilitando assim a viabilização de recursos, tanto de saúde, como sociais.

É importante ressaltar que toda intervenção realizada pelo Serviço Social tem como base o Código de Ética Profissional e a Lei de Regulamentação da Profissão.

Quando falamos em Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família nos relacionamos com questões ligadas à família. Pois, percebemos que muitas vezes o servidor que tira licença para si, o faz porque possui algum membro da família doente. Trabalhando com esta licença damos um olhar ampliado para a realidade do servidor, observamos sua realidade inserida em seu devido contexto. É nessa perspectiva que se desenvolvem as ações sócio-educativas presentes nos processos sócio-assistenciais.

A ação sócio-educativa que tem como objetivo precípua desenvolver o processo educativo, é construída a partir do conhecimento e da análise das necessidades postas pela totalidade dos usuários, pelas finalidades dos serviços e também pelas características dos

territórios. Sua definição está orientada para mudanças no perfil das demandas dos usuários e também das relações no contexto social, por isso são realizadas dentro de um plano de construção do processo educativo, estruturado no circuito da informação, do diálogo, da problematização e da reflexão que cria condições de avaliação. (MIOTO, 2007 p. 33).

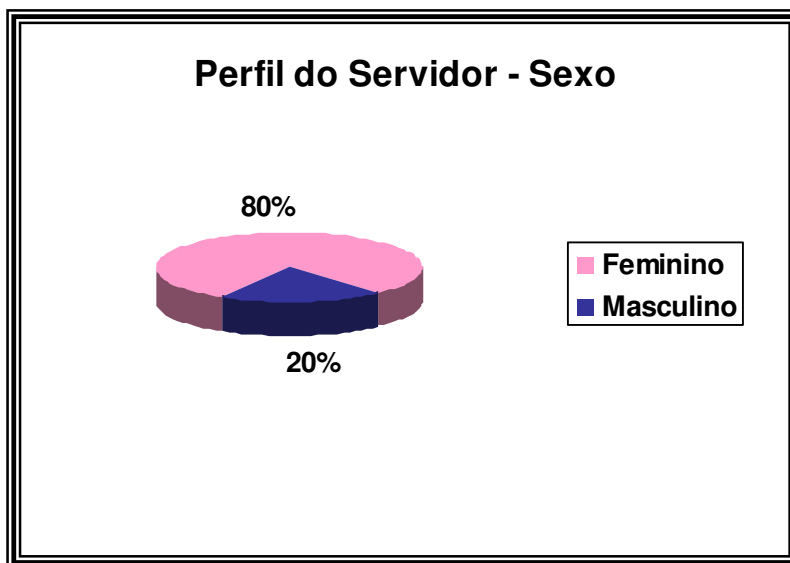
Os atendimentos nos mostraram que a legislação não acompanha as transformações quando se fala em família. Ainda é chamada família, aquela composta por um homem e uma mulher, desconsiderando os novos arranjos familiares como as redes, as famílias homo afetivas. A forma como as famílias estão se constituindo estão se dando das mais variadas formas. São consideradas famílias aqueles que possuem laços sanguíneos, mas também podem ser chamadas de família, as relações que as pessoas criam entre si pelo afeto, pelo carinho e não pelos laços de sangue.

Falar em família no século XXI, no Brasil, como alhures, implica a referencia a mudanças e a padrões difusos de relacionamentos. Com seus laços esgarçados, torna-se cada vez mais difícil definir os contornos que a delimitam. Vivemos uma época como nenhuma outra, em que a mais naturalizada de todas as esferas sociais, a família, além de sofrer importantes abalos internos tem sido alvo de marcantes interferências externas. (SARTI, 2005, p.21).

Durante os atendimentos realizados nos semestres 2008/2 e 2009/1, utilizamos a entrevista, como já citada acima, como principal instrumento técnico-operativo para a ação profissional e constatamos alguns dados que serão apresentados a seguir.

Analisando as entrevistas realizadas com 20 (vinte) servidores, envolvendo docentes e técnico-administrativos, utilizamos alguns indicadores, extraídos do formulário utilizados pela Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor em situações de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, tais como, idade, sexo, local de trabalho, se são docentes ou técnico-administrativos, quem é o familiar doente e qual o quadro da doença apresentada, para tentarmos elaborar um perfil do servidor que procura a Licença Por Motivo de Doença em Pessoa da Família e levantar um perfil para descobrirmos quem é a pessoa doente na maioria das situações na perspectiva de construção de propostas para as demandas.

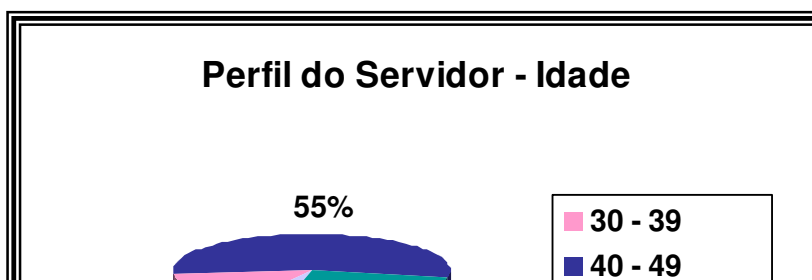
Gráfico 1 – Perfil do Servidor – Sexo



Fonte: Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor

O gráfico 1 nos mostra que entre os 20 servidores entrevistados, 80% são mulheres e 20% são homens. Entretanto, nas situações de Doença na Família, isso não nos indica uma questão de gênero pelo fato de que quem pode usufruir a licença é o servidor público federal de contrato com o RJU e nos casos apresentados, a pessoa que trabalha na Universidade é a mulher. Teríamos uma questão de gênero caso ambos fossem servidores nesta instituição. Outro fato que interfere na questão referente ao sexo, de acordo como depoimento dos servidores, é que quando o doente é do sexo feminino e dependendo dos cuidados que necessita, este se sente constrangido diante de uma figura masculina. A figura masculina é aceita, normalmente, quando somente ele pode usufruir desse direito, ou seja, quando o filho é o servidor da universidade ou quando não há outra pessoa do sexo feminino que possa assumir os cuidados. Conforme os relatos dos servidores, quando há alternativa de escolher entre um filho homem e uma filha mulher, no caso de pessoas idosas do sexo feminino, elas optam por escolher a filha por se sentirem mais à vontade.

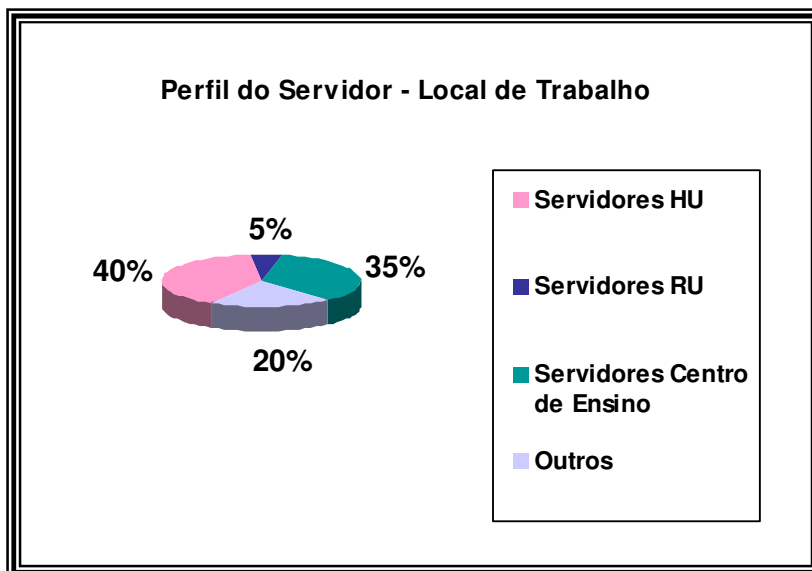
Gráfico 2 – Perfil do Servidor – Idade



Fonte: Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor

A respeito do indicador idade, percebemos que a maioria dos servidores está na faixa etária dos 40 aos 49 anos. Esta idade leva ao entendimento de que a pessoa já tenha pais idosos.

Gráfico 3 – Perfil dos servidores – Local de trabalho

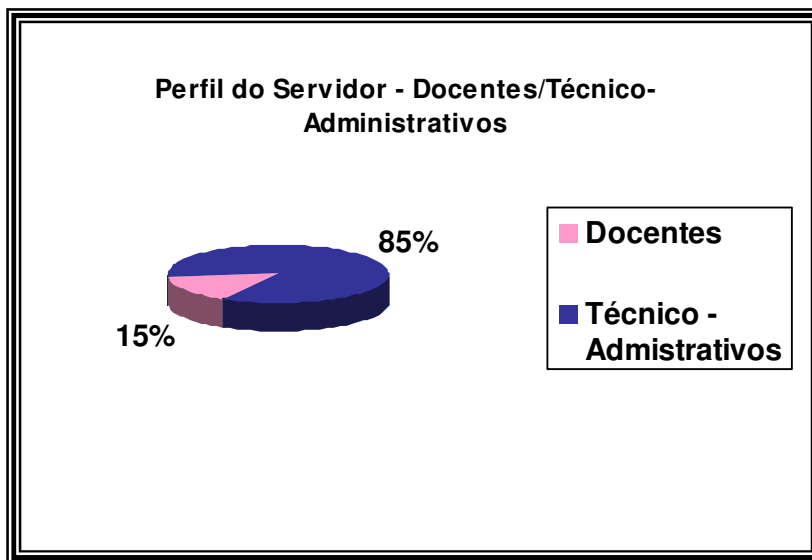


Fonte: Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor

Através do gráfico 3 podemos constatar que a maior parte dos entrevistados é servidor do Hospital Universitário – HU. Apesar de observarmos que não há significativas diferenças nas porcentagens entre alguns locais de trabalho, durante as entrevistas pudemos observar que o familiar doente, muitas vezes escolhe a

pessoa da família que trabalha na área da saúde para responsabilizar-se pelos cuidados. Este dado fica claro na fala dos servidores do Hospital Universitário no momento da entrevista, onde muitos relatam que são “escolhidos” por saber como cuidar de outra pessoa adequadamente por serem da área da saúde, principalmente quando são enfermeiras ou técnicos em enfermagem.

Gráfico 4 – Perfil dos Servidores – Docentes / Técnico-Administrativos



Fonte: Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor

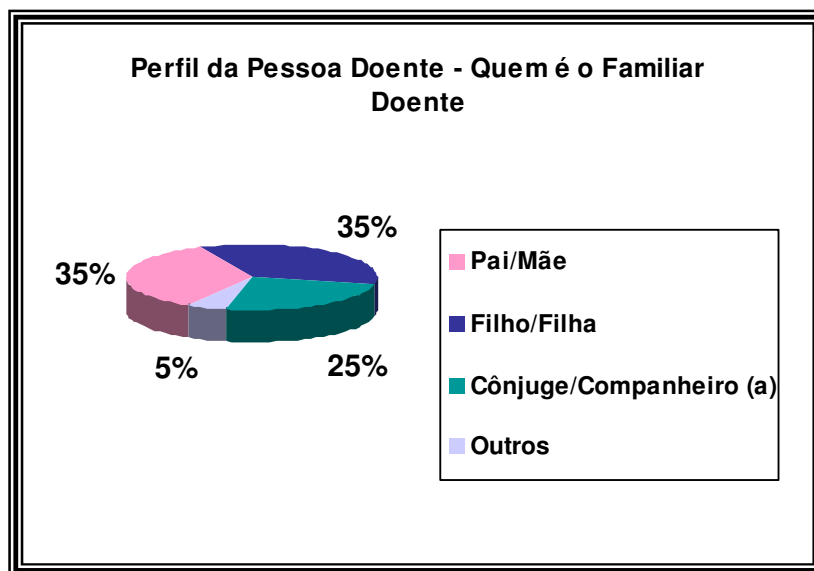
O gráfico 4 nos mostra que 85% dos servidores que procuram o Serviço Social para avaliar situação de Licença por Motivo de Doença em pessoa da família são técnico-administrativos. Muitos desses servidores relatam não terem com quem dividir os cuidados, pois os outros familiares moram longe e também por não terem

condições financeiras de contratar alguém especializado para cuidar da pessoa doente.

Após analisarmos as 20 entrevistas, totalizando os 100%, temos que 80% dos entrevistados são mulheres, 55% tem idade entre 40 – 49 anos, 85% são servidores técnico-administrativos e 40% são servidores do Hospital Universitário – HU. Apesar de termos uma porcentagem maior em determinados indicadores, não podemos definir um perfil exato do servidor que usufrui da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, pois, nessa situação, depende de quem é o servidor da Universidade dentro dessa família, ou seja, de quem tem o direito a essa licença, pois, na maioria das vezes apenas uma pessoa da família é servidor da Universidade.

Além do perfil do servidor, é importante identificarmos quem é a pessoa doente, pois com essa identificação, poderemos avaliar quais são os recursos disponíveis, interno e externo à UFSC, para as mais diversas situações que interferem na vida dos servidores.

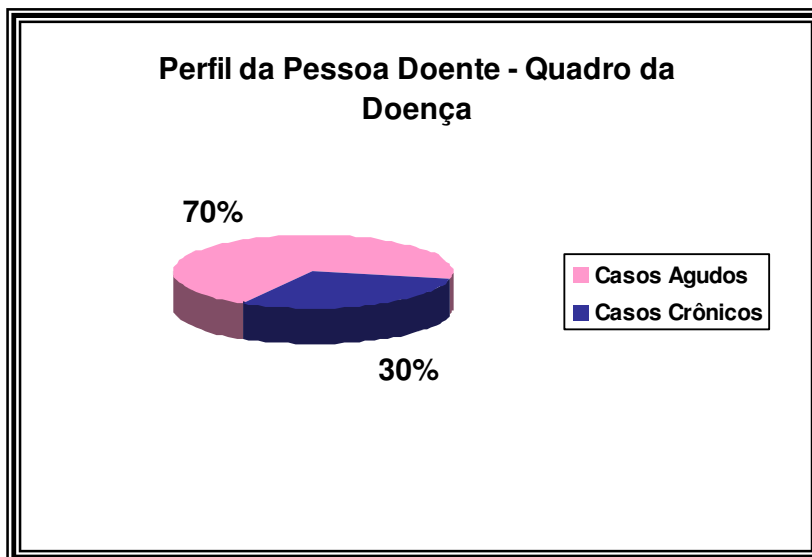
Gráfico 5 – Perfil da Pessoa Doente – Quem é o familiar doente



Fonte: Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor

Das vinte entrevistas realizadas, 35% têm como a pessoa doente o pai ou a mãe do servidor e igualmente, 35% têm o filho ou filha como a pessoa doente. Quando falamos de pai e mãe dos servidores, estamos falando de pessoa idosa. Em algumas das situações apresentadas, onde a pessoa idosa é o doente, percebemos a ocorrência do fator preferência por determinada pessoa da família, seja pela profissão (enfermeiros, técnicos em enfermagem, etc.), pela afinidade entre pais e filhos, na escolha do cuidador. De acordo com a fala dos servidores cuidadores de pessoa idosa, eles foram os escolhidos para essa função e seu pai ou mãe não aceitaram os cuidados de outro membro da família ou de pessoa especializada.

Gráfico 6 – Perfil da Pessoa Doente – Quadro da Doença



Fonte: Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor

Em 70% das entrevistas, o servidor estava requerendo a licença para acompanhar pessoa doente em situações nas quais o quadro da doença é considerado agudo, ou seja, acidentes, cirurgias. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, doenças crônicas são doenças de longa duração e geralmente se desenvolve lentamente. Isso é percebido em 30% das situações atendidas.

Os servidores trouxeram que o trabalho do Serviço Social foi positivo, principalmente nas questões de orientação, avaliação de recursos, avaliação enquanto estar na situação do cuidador e como isso interfere no cotidiano.

Está sendo construída na Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor uma proposta referente à Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, mas esta está sujeita ao andamento do SIASS para sua implementação.

O grande desafio é que os setores da Pró-Reitoria falem a mesma linguagem e que a proposta que está sendo construída seja assumida pela Instituição.

4 – O SERVIÇO SOCIAL E O CUIDADO NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE.

Em nossa sociedade percebemos a ocorrência de doenças relacionadas ao trabalho que afetam a vida pessoal do trabalhador, entretanto, não podemos esquecer que o processo inverso também acontece. E é este o caso dos servidores técnico-administrativos e docentes da Universidade Federal de Santa Catarina quando entram em Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família. São servidores que precisam se ausentar do trabalho para poder cuidar de alguma pessoa doente na família e esses cuidados não conseguem ser conciliados com seu horário de trabalho.

Observamos que a saúde e o trabalho estão diretamente relacionados e que quando falamos em saúde, não se trata apenas da ausência de doença, mas sim do bem estar físico, mental e social.

Saúde não é ausência de danos. Saúde é a força de viver com esses danos. Saúde é acolher e amar assim como se apresenta, alegre e trabalhosa, saudável e doentia, limitada e aberta ao ilimitado que virá além da morte. (BOFF, 2004, p. 145).

No caso das licenças por motivo de doença em pessoa da família, o servidor técnico-administrativo ou docente as solicita para poder se dedicar aos cuidados de um familiar em situação de doença e assim pode-se caracterizá-lo como cuidador.

Segundo Ravagni (2008), “existem duas categorias de cuidadores: a) Cuidador informal – membro familiar, esposa (o), filha (o), irmã (ão), normalmente do sexo feminino, que é “escolhido” entre os familiares por ter melhor relacionamento ou intimidade com a pessoa idosa e por apresentar maior disponibilidade de tempo. Podemos colocar neste grupo a amiga ou vizinha, que mesmo não tendo laços de parentesco, cuida da pessoa idosa, sem receber pagamento, como voluntária; b) Cuidador formal - é o profissional, que recebeu um treinamento específico para a função e exerce a atividade de “cuidador” mediante uma remuneração, mantendo vínculos contratuais. Ele pode ser contratado para exercer suas funções na residência de uma família, em Instituições de Longa Permanência, ou acompanhar a pessoa em sua permanência em Unidades de Saúde (hospitais, clínicas, etc.)”.

Quando se trata de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, o cuidador, no caso o servidor da universidade, assume uma posição de extrema importância. Neste caso, estamos falando do cuidador familiar ou informal. O cuidador também necessita de uma atenção especial, pois é enorme o desgaste físico e emocional quando se torna responsável por outra pessoa.

Para Robbe (2008), “é aquele que fica responsável por quase todo o trabalho diário com a pessoa doente. O papel de Cuidador é o de suprir as necessidades desta pessoa durante o período de doença ou incapacidade. O seu principal objetivo será assegurar, na medida do possível, o conforto físico e segurança do doente. Será também de ajudá-lo a preservar a sua calma emocional e auto-estima”.

O Guia Prático do Cuidador (2008) do Ministério da Saúde traz que o Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas idéias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada. Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada.

Ainda mencionando o Guia Prático do Cuidador (2008), “o cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação”. A ocupação de cuidador (formal) integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. Nesta perspectiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário. A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Ressaltando sempre que não fazem parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem.

Freqüentemente, os familiares tendem a reagir às dificuldades das pessoas que cuidam, fazendo as coisas por elas. Por exemplo, quando uma pessoa tem dificuldades para deslocar-se, o cuidador se apressa em ajudá-la, embora fosse possível ela se deslocar sozinha com menos ajuda, talvez levando mais tempo. Os sentimentos de pena, de temor ou de responsabilidade, juntamente com o de não desejar ver sofrer a pessoa idosa, são algumas razões que podem fazer com que se preste ajuda imediata ou excessiva. (BORN, 2008, p. 79).

Para Born (2008), quando as pessoas que estão doentes perdem alguma capacidade para realizar as atividades da vida diária, costumam receber com prontidão, a atenção ou a ajuda de quem os cuida. Dessa maneira, as pessoas que estão sendo cuidadas, quando se comportam de modo dependente, conseguem a atenção e o apoio dos que cuidam dela e, assim, não são estimuladas a se esforçar para serem autônomas e independentes. As atitudes e os comportamentos dos cuidadores são decisivos para favorecer a independência das pessoas idosas.

É importante que o cuidador, a família e a pessoa a ser cuidada, se possível, conversem e façam alguns acordos de modo a garantir uma certa independência tanto da pessoa que cuida como para quem é cuidado. Por isso, o cuidador e a família devem saber reconhecer quais são as atividades que a pessoa doente pode fazer e quais são as decisões que ela pode tomar sem prejudicar os cuidados. Deve-se incentivar a pessoa doente a manter sua autonomia em tudo o que for possível, deixando aos cuidados do cuidador somente aquilo que é, de fato, incapaz de realizar. É preciso que a relação cuidador, pessoa doente e outros membros da família seja aberta e sincera para que não ocorra o sobrecarregamento de uma pessoa só e para garantir que as necessidades da pessoa doente sejam atendidas.

O Guia Prático do Cuidador (2008), ainda nos traz algumas atividades que fazem parte da rotina do cuidador, tais como: Atuar como elo entre a pessoa cuidada, e a família; escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada; ajudar nos cuidados de higiene; estimular e ajudar na alimentação; ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos; estimular atividades de lazer e ocupacionais; realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto; administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde; comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada; outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa. Entretanto, também é preciso deixar que a pessoa doente faça as atividades que ainda tiver condições, para não se tornar totalmente dependente do cuidador.

Essas atividades, citadas pelo Guia do Cuidador (2008), que o cuidador vai realizar devem ser planejadas junto à profissionais de saúde e com os familiares. Nesse planejamento deve ficar claro para todos, as atividades que o cuidador pode e deve desempenhar. É bom escrever as rotinas e quem se responsabiliza pelas tarefas. É importante que a equipe deixe claro ao cuidador que procedimentos ele não pode e não deve fazer, quando chamar os profissionais de saúde, como reconhecer sinais e sintomas de perigo. As ações serão planejadas e executadas de acordo com as necessidades da pessoa a ser cuidada e dos conhecimentos e disponibilidade do cuidador.

A parceria entre os profissionais e os cuidadores deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional da pessoa cuidada e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalização, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento. (Guia Prático do Cuidador – Brasília, 2008, p. 10).

Para Ravagni (2008), “o cuidador deverá ter qualidades como: qualidades físicas e intelectuais – deve ter boa saúde física para ter condições de ajudar e apoiar a pessoa doente em suas atividades de vida diária. Também precisa ter condições de avaliar e tomar decisões em situações de emergência que necessitam de iniciativas e ações rápidas; capacidade de ser tolerante e paciente – deve compreender os momentos difíceis que a família e a pessoa doente podem estar passando, com a diminuição de sua capacidade física e mental, de seu papel social, que pode afetar seu humor e dificultar as relações interpessoais; capacidade de observação – o cuidador deve ficar atento às alterações que a pessoa doente pode sofrer, tanto emocionais quanto físicas, que podem representar sintomas de alguma doença; qualidades éticas e morais – o cuidador precisa ter respeito e dignidade ao tratar a pessoa doente. Deve respeitar a intimidade, a organização e crenças da pessoa, evitando interferência e, sobretudo exercendo a ética profissional; responsabilidade – lembrar sempre que a pessoa doente está impossibilitada de realizar suas tarefas e que o cuidador torna-se responsável por ajudar e que a pessoa doente espera que esse trabalho seja realizado com carinho e dedicação. Motivação – É importante que o cuidador tenha empatia pela pessoa doente, entender que nem sempre vai ter uma resposta positiva pelos seus esforços, mas vai ter a alegria e satisfação do dever cumprido”.

Segundo Boff (2004), “ser cuidador é dedicar seu tempo, sua atenção, seus esforços em prol do bem estar e da saúde de outra pessoa, nos casos mencionados, um membro da família. Deve-se dar muita importância à saúde do cuidador, pois, além de cuidador também é um profissional que precisa de seu trabalho para poder contribuir no sustento de sua família. As necessidades da pessoa enferma são vistas sempre como prioridade, a angústia diante do sofrimento do outro, faz com que o cuidador se coloque em último lugar. O cuidador é aquele que tem a delicada tarefa de estar à disposição da pessoa doente, é aquele que acompanha todo o sofrimento”.

As necessidades constantes da pessoa doente podem levar o cuidador familiar ao esgotamento, uma vez que possui outras atribuições e precisa somar a elas os cuidados que não são poucos. Para tanto é preciso que esta pessoa esteja emocionalmente e fisicamente bem. É preciso que o cuidador divida esse trabalho com outras pessoas, que possa contar com a ajuda de amigos, de familiares, se possível contratar uma pessoa especializada, afinal, ser cuidador é um grande desafio e exige paciência, atenção, amor.

O fato de ser o cuidador pode levar você a negligenciar a sua própria saúde, sua vida social e o seu bem estar físico e emocional. Isso geralmente ocorre por inúmeras razões como: falta de tempo, cansaço, impossibilidade de deixar o paciente sozinho e sentimentos de culpa por estar se divertindo enquanto o paciente está sofrendo. Qualquer que seja o caso, ignorar as próprias necessidades pode levar o cuidador a desenvolver problemas de saúde ou acentuar os que já tenha, tornar-se fisicamente e emocionalmente exausto e negligenciar relacionamentos familiares e de amizade. Quanto mais cuidar de si, melhor cuidador será. (Associação Brasileira do Câncer, 2008).

Ainda citando Boff (2004), “cuidar do outro é uma forma de preservar e valorizar a vida alheia, cuidar é, antes de qualquer coisa, dar amor, carinho, atenção. É um ato de respeito como o próximo, é preocupar-se com o outro, é um envolvimento afetivo entre o cuidador e aquele que está sendo cuidado. Cuidar é responsabilizar-se pelo outro, pelo laço existente entre os seres humanos”.

Tornar-se cuidador implica em transformações na vida daquele que cuida, mudanças sociais, mudanças nas relações interpessoais e mudanças emocionais. Em Robbe (2008), “antigamente a família era formada pelo casal e filhos e a autoridade do pai era inquestionável já que cabia a ele a manutenção orçamentária do lar. Era o sistema patriarcal. Com o correr do tempo ocorreram mudanças, a mulher teve de contribuir para o orçamento doméstico, sendo obrigada a deixar de ser apenas “dona de casa” e ir procurar trabalho fora de casa. Em consequência disto, as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos passaram a ser compartilhadas com o marido. Também, a modificação ocorrida na legislação que autorizou o divórcio e permitiu novo casamento, fez que muitas vezes morassem sob o mesmo teto pessoas sem laços co-sangüíneos, como o caso de filhos do primeiro matrimônio de um dos membros do casal”.

Nas famílias mais antigas o pai era o provedor e a mãe cuidava dos afazeres domésticos. Apesar das modificações ocorridas hoje nesses papéis, cada membro continua com atribuições determinadas em função do seu lugar na família e de suas características pessoais. Quando um dos familiares adoece e não pode mais cumprir o seu papel, há um desequilíbrio que desencadeia uma crise, obrigando a uma reorganização familiar. (ROBBE, 2008, p. 64).

Parafraseando Born (2008), “cuidar de uma pessoa doente da família é, geralmente, uma experiência duradoura que exige uma reorganização da vida familiar, profissional e social. Quem assiste a familiares doentes costuma indicar que sua vida foi afetada de diversas maneiras desde que começou essa atividade. As mudanças mais comuns são: relações familiares – uma das mudanças que os cuidadores manifestam claramente sobre a sua situação se refere às relações familiares. Devido ao desacordo entre a pessoa que cuida e os outros familiares, podem aparecer conflitos familiares sobre a atitude e o comportamento dos últimos em relação à pessoa doente ou pela forma de se proporcionar os cuidados. Às vezes, o mal estar com outros membros da família é devido aos sentimentos do cuidador principal de que o resto da família não é capaz de apreciar o esforço que realiza. Outra mudança típica na família é a inversão de papéis, por exemplo, a filha se transforma na cuidadora da sua mãe, variando assim a direção habitual em que se produz o cuidado de pais e filhos. Esta mudança de papéis requer uma nova mentalidade quanto ao tipo de relação que existia anteriormente entre pais e filhos e exige do cuidador um esforço de adaptação; reações emocionais – os cuidadores experimentam um grande número de emoções e sentimentos, alguns positivos como a satisfação por poder contribuir para o bem estar de uma pessoa querida. Outras são freqüentemente negativas, como a sensação de impotência, sentimentos de culpa, solidão, preocupação ou tristeza; conseqüências sobre a saúde – os cuidadores percebem que uma situação de cuidado prolongado afeta sua saúde. Estão cansados e têm a sensação de que sua saúde começou a piorar desde que começou a cuidar do familiar idoso; conseqüências sobre a vida profissional – os cuidadores que trabalham fora de casa experimentam um conflito entre as tarefas de cuidador e as obrigações profissionais, sentindo que está falhando tanto no trabalho (faltas, perda de pontualidade), como no cuidado familiar. Não é raro ter de diminuir suas horas de trabalho ou abandonar o emprego. Freqüentemente, surgem

dificuldades econômicas ou por receber menos devido à diminuição das horas de trabalho ou por ter mais gastos com o cuidado da pessoa doente; diminuição de atividades de lazer – os cuidadores informam que houve uma redução do tempo dedicado à vida social e de lazer e, como consequência, sentem-se isolados de seus amigos e do mundo que os cerca”.

É por todas essas transformações que não se deve sentir a obrigação de tomar conta de alguém sozinho, é importante pedir ajuda sempre que necessário e não sentir vergonha quando precisar pedi-la. Não é nenhuma vergonha admitir quando se precisa de auxílio, afinal, cuidar de alguém não é uma disputa, é um ato de respeito ao próximo, é o respeito à vida do próximo acima de qualquer coisa.

O cuidador familiar, para Robbe (2008), “não deve considerar-se o único com capacidade de exercer esta função e nem que é capaz de fazê-lo sozinho. Ele precisa reconhecer seus limites, e saber o momento de pedir ajuda, de outra forma, poderá sofrer da síndrome “*eu tenho que fazer tudo*”. Isto ocasiona sentimentos de culpa e de raiva ao mesmo tempo. Raiva para com a pessoa doente, por ter que sacrificar muitas vezes sua vida pessoal (marido, namorado, filhos, amigos, lazer, carreira profissional), e dos outros membros da família, por ter depositado nele (a) essa tarefa. O sentimento de culpa desponta diante da suposição de não estar cumprindo com seu papel familiar, que muitas vezes é ocasionado pela falta de conhecimento ou de informação de como lidar com a pessoa doente. A consequência de tudo isto, mais a sensação de impotência e frustração, poderá desencadear um quadro de estresse e depressão, ou até levá-lo (a) a cometer alguma forma de violência involuntária contra a pessoa doente”.

O ato de cuidar é complexo. O cuidador e a pessoa a ser cuidada podem apresentar sentimentos diversos e contraditórios, tais como: raiva, culpa, medo, angústia, cansaço, tristeza, irritação. Esses sentimentos podem aparecer juntos em uma mesma pessoa. Por isso precisam ser compreendidos, pois fazem parte da relação do cuidador com a pessoa cuidada, É importante que o cuidador perceba as reações e os sentimentos que afloram, para que possa cuidar da pessoa da melhor maneira possível. O cuidador deve compreender que a pessoa cuidada tem reações e comportamentos que podem dificultar o cuidado prestado, como quando o cuidador vai alimentar a pessoa e essa se nega a comer ou não quer tomar banho. É importante que o cuidador reconheça as dificuldades em prestar o cuidado quando a pessoa cuidada não se disponibiliza para o cuidado e trabalhe seus sentimentos de frustração sem culpar-se. (Guia Prático do Cuidador – Brasília 2008, p. 09).

Born (2008) analisa que na maior parte dos casos, a família cuida com dedicação e afeto de seus familiares, atendendo assim a suas necessidades. A ajuda das famílias é, em princípio, a melhor que se pode oferecer às pessoas doentes. Entretanto, aqueles que cuidam nem sempre estão preparados para realizar essas tarefas e lidar com as tensões e esforços decorrentes do cuidar. Cuidar implica muitas e variadas atividades. É difícil assinalar quais são exatamente essas tarefas, pois depende de cada família e de quem é cuidado. Completa dizendo que na maior parte das famílias, um único membro assume a maior parte da responsabilidade do cuidado. Geralmente, as mulheres assumem essa responsabilidade: esposas, filhas, noras, irmãs. São geralmente pessoas entre 45 e 65 anos de idade.

Born (2008) prossegue dizendo que outras características encontradas são as seguintes: em cada família há um cuidador principal – normalmente a esposa, a filha, ou a nora que assume o encargo de cuidador; no início, o cuidador pensa que seu encargo é temporário, mas acaba descobrindo que é para muito tempo e que a responsabilidade tende a aumentar; os cuidadores, habitualmente mulheres, atendem também às necessidades do resto da família (cônjuge e filhos). Quando as exigências dessas pessoas são muito grandes, pode tornar-se difícil dar conta de todas as responsabilidades.

Para o autor, o parentesco ou a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada também influencia a maneira como se vive e se aceita a situação de cuidar, conforme as situações descritas em seguida: a esposa ou esposo como cuidador. Quando o marido tem problemas de saúde e necessita de ajuda para suas atividades da vida diária, geralmente o cuidador principal é a mulher. Em muitas famílias brasileiras, devido a fatores culturais, verifica-se que nem sempre o marido é capaz de ser o cuidador, quando a mulher necessita de ajuda; As filhas e filhos como cuidadores. Quando os cuidadores são a filha ou o filho da pessoa cuidada, existe um vínculo natural entre ambos que pode favorecer a disposição para o cuidado. Na maioria dos casos, representa um forte impacto emocional dar-se conta de que o pai, a mãe ou ambos já não podem cuidar de si mesmos, quando até a pouco eram totalmente independentes. Além disso, os filhos geralmente sentem-se apenados de surpresa e receiam que as novas responsabilidades possam prejudicar seus planos para o futuro.

Citando Robbe (2008), “o cuidador familiar normalmente é do sexo feminino (esposa, filha, nora, etc); necessita da ajuda de todos os membros da família; deverá conhecer o seu limite, para não sofrer estresse e/ou depressão, ou ter comportamentos agressivos de violência involuntária contra a pessoa doente; solicitar suporte dos familiares, amigos, vizinhos e da rede formal de apoio quando sentir necessidade no cuidado com a pessoa doente; procurar adquirir conhecimentos ou informações de como cuidar da pessoa, cuja falta poderá trazer-lhe insegurança e um sentimento de culpa, de não estar fazendo o melhor”.

Nas entrevistas realizadas durante os atendimentos no período de estágio citado anteriormente, notamos a necessidade de refletir junto ao servidor à respeito de sua própria saúde, sempre ressaltando sobre a importância de cuidar do outro, sem esquecer de cuidar de si mesmo.

Nas palavras de Born (2008), “a situação de cuidar afeta cada cuidador de forma distinta, dependendo da enfermidade da pessoa que recebe os cuidados, a gravidade dessa enfermidade, a lucidez mental dela, assim como da saúde e da resistência do próprio cuidador. Aquelas pessoas, cuja saúde está mais deteriorada e são mais dependentes exigem uma carga maior de trabalho do cuidador. O bem-estar do cuidador depende da saúde do cuidador; da ajuda que recebe de outros familiares; da ajuda que recebe da rede de apoio (atendimento domiciliário, centro-dia; unidades de saúde); do apoio emocional, agradecimento e reconhecimento de outros familiares; a informação que tem sobre como cuidar e resolver problemas do cuidado; sua capacidade para atuar diante de comportamentos difíceis,

aborrecimento ou passividade que pode manifestar a pessoa cuidada (agitação, mau-humor, inatividade, alucinações, insônia, depressão, etc.); sua forma de enfrentar a situação de cuidado e superar situações difíceis”.

Quando falamos no cuidado, tanto com relação à pessoa cuidada quanto ao cuidador, o fazemos em uma perspectiva de integralidade, ou seja, os usuários são vistos em sua totalidade, sendo consideradas sua situação de saúde, social, psicológica. Todos os aspectos da realidade do usuário são vistos como tendo igual importância, considerando que todas as esferas da vida estão interligadas e afetam-se entre si.

O trabalho realizado pelo Serviço social, também tem como objetivo preservar a saúde do servidor/cuidador dando as orientações a respeito do auto-cuidado. Pois, percebemos a falta de cuidado consigo para dedicar-se apenas ao outro.

O auto-cuidado é outra questão que não pode ser esquecida em se tratando de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo como outro (BOFF, 2004, p. 33).

Para o Ministério da Saúde, representado através do Guia Prático do Cuidador, “auto-cuidado significa cuidar de si próprio, são as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida. Nesse sentido, o cuidar do outro representa a essência da cidadania, do desprendimento, da doação e do amor. Já o auto-cuidado ou cuidar de si representa a essência da existência humana”.

A pessoa acamada ou com limitações, mesmo necessitando da ajuda do cuidador, pode e deve realizar atividades de auto-cuidado sempre que possível. O bom cuidador é aquele que observa e identifica o que a pessoa pode fazer por si, avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer as atividades. Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas. Isso requer paciência e tempo.

O auto-cuidado não se refere somente àquilo que a pessoa a ser cuidada pode fazer por si. Refere-se também aos cuidados que o cuidador deve ter consigo com a finalidade de preservar a sua saúde e melhorar a qualidade de vida. A tarefa de cuidar de alguém geralmente se soma às outras atividades do dia-a-dia. O cuidador fica sobrecarregado, pois muitas vezes assume sozinho a responsabilidade pelos cuidados, soma-se a isso, ainda, o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida. Diante dessa situação é comum o cuidador passar por cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar. A tensão e o cansaço sentidos pelo cuidador são prejudiciais não só a ele, mas também à família e à própria pessoa cuidada.

O cuidador deve contar com a ajuda de outras pessoas, como a ajuda da família, amigos ou vizinhos, definir dias e horários para cada um assumir parte dos cuidados. Essa parceria permite ao cuidador ter um tempo livre para se cuidar, se distrair e recuperar as energias gastas no ato de cuidar do outro; peça ajuda sempre que algo não estiver bem. É fundamental que o cuidador reserve alguns momentos do seu dia para se cuidar, descansar, relaxar e praticar alguma atividade física e de lazer, tais como: caminhar, fazer ginástica, crochê, tricô, pinturas, desenhos, dançar, etc. O cuidador pode se exercitar e se distrair de diversas maneiras, como por exemplo: enquanto assiste TV: movimente os dedos das mãos e dos pés, faça massagem nos pés com ajuda das mãos, rolinhos de madeira, bolinhas de borracha ou com os próprios pés; sempre que possível, aprenda uma atividade nova ou aprenda mais sobre algum assunto que lhe interessa; leia, participe de atividades de lazer em seu bairro, faça novos amigos e peça ajuda quando precisar.

São atividades cotidianas, mas que para o cuidador, farão uma grande diferença, pois além de cuidador, ele é um ser humano que possui suas próprias necessidades. Em uma família, todos deveriam tornar-se responsáveis quando um familiar adoece, entretanto, sabemos que não é isso que acontece na realidade, por isso, é imprescindível que o cuidador possua sua rede de relações para que tenha/mantenha suas condições físicas e emocionais para continuar com essa atividade. O auto-cuidado é tão importante para o próprio cuidador quanto para a pessoa que é cuidada, quanto melhor a saúde do cuidador, melhor será a qualidade dos cuidados que destinará ao outro.

O cuidado é o respeito, a responsabilidade, o amor, a dedicação, tanto para aquele que cuida como para aquele que o recebe.

O cuidado ainda está fortemente vinculado ao âmbito particular, onde a família é responsável por seus membros.

Abordaremos a seguir questões pautadas na integralidade em saúde, entendendo que este princípio doutrinário do SUS se faz preponderante para nossa discussão sobre cuidado e intervenção nas demandas profissionais.

4.1 – CUIDADO: EXPRESSÃO DE ATENÇÃO INTEGRAL.

A integralidade, juntamente com a equidade e a universalidade fazem parte do tripé doutrinário do SUS. Apresenta-se como sua definição:

Integralidade – as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que levam a adoecer e a morrer. O indivíduo de vê ser entendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não só para as suas doenças. Isso exige que o atendimento deva ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de: promoção (que envolve ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação, etc); proteção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância e saúde e sanitária, etc); recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes) (ALMEIDA E WESTPHAL, 2001, p. 35 apud ASSUMPÇÃO, 2007, p. 32).

De acordo com Assumpção (2007), “de maneira geral, ao se referir à Integralidade, pode-se imaginar que isto implica proporcionar ao usuário atendimento pleno conforme é seu direito: acesso a cuidados que vão além da cura de uma doença, atendimento para suas necessidades psicológicas, sociais; e profissionais atentos aos inúmeros fatores (saneamento básico, desemprego, violência e outros) que contribuem para o surgimento de patologias, os quais com base nisto encaminharão o tratamento do usuário conforme suas reais necessidades”.

Ainda parafraseando Assumpção (2007) “a integralidade pode ser compreendida como a combinação das ações de saúde voltadas para a prevenção e a cura. Além disto, os serviços de saúde devem privilegiar atendimentos que sejam capazes de: compreender as múltiplas condições de vida dos indivíduos e populações, os fatores responsáveis pelo adoecimento e morte para que possam ser minimizados ou até erradicados, possuir uma equipe de trabalho qualificada, privilegiar a voz daqueles que procuram os serviços”.

Segundo Matos (2001), a integralidade é uma das diretrizes básicas do SUS instituído pela Constituição de 1988. De fato, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade, mas sim atendimento integral.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 2001 p. 118).

“A conquista da saúde como direito é uma vitória da sociedade, reconhecida internacionalmente como direito fundamental para o exercício de outros direitos. A prática da integralidade, também enquanto direito constitucional, consiste numa escuta positiva das demandas, e percebe a urgência de criar espaços públicos para aprender e/ou reconquistar o exercício da democracia”. (Pinheiro, 2005 apud Ribeiro, 2008 p. 59).

Para Ribeiro (2008), “a construção da integralidade acontece no enfrentamento cotidiano dos problemas, muitas vezes específicos, onde velhas soluções já desgastadas necessitam de novas estratégias com as ferramentas disponíveis naquele espaço e não de propostas vindas de lugares distantes, que lidam com outras realidades e com diferentes recursos”.

Luz (2004) nos traz que a integralidade está na contramão da sociedade em que vivemos hoje, onde o capitalismo incentiva a competição, individualismo, consumismo sucesso pessoal, lucro, etc., onde os valores sociais milenares foram

desconsiderados. Isso é resultado de três décadas, que trouxeram mudanças nos modos de produção, fruto do desenvolvimento tecnológico e da informação que resultam no crescimento da economia, onde o aumento de produtividade e a diminuição do emprego de mão de obra são conseqüências óbvias. As relações de trabalho ficam deterioradas pelo individualismo, produtividade, competitividade que geram nos trabalhadores medo e *estresse* constantes.

Costa (2004) apud Assumpção (2007) ao falar acerca do significado de tratar (referindo-se ao cuidado em saúde), diz que “podemos interpretar a palavra cuidar como tratar corretamente e que isto implica em reconhecimento do outro no modo como os profissionais ocupam seu lugar na relação com o usuário”.

Nas questões atendidas pelo Serviço Social, referentes à Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, a situação do servidor-cuidador é vista em seu contexto social e também em sua situação de saúde, ou seja, é atendido por uma equipe que tem como objetivo dar um olhar especializado analisando a vida do servidor como um todo.

É nessa perspectiva que Assumpção (2007) nos traz a idéia da integralidade como prática profissional não-fragmentada.

O sentido da Integralidade como prática profissional não fragmentada é entendido a partir do exercício profissional. Ou seja, espera-se que os profissionais de saúde tenham um olhar mais atento a seus pacientes/usuários não restringindo suas observações à relação saúde – doença, mas interpretando os vários fatores que intervêm nela. Em suma, não fragmentar os usuários enquanto partes de um corpo ou desvinculados de seu contexto sócio-econômico-cultural. (...) Um atendimento focado somente nos aspectos físicos pode resultar em um diagnóstico distorcido e até mesmo em tratamento não adequado. Por isto não se pode reduzir um sujeito, que é atravessado por diversas determinações, a um corpo ou às doenças que é acometido. (ASSUMPÇÃO, 2007, p. 56).

A troca de conhecimento entre os mais variados profissionais permite que o servidor receba um olhar especializado e atento a todos os aspectos de sua realidade. O cuidado com o servidor está justamente nesse olhar diferenciado de profissionais de áreas distintas, mas que contribuem para a melhoria da situação do servidor de acordo com as competências de cada profissão.

O trabalho em equipe desenvolvido a partir da interdisciplinaridade promove a troca de informações e de conhecimento entre disciplinas, mas, fundamentalmente, transfere métodos de uma disciplina para outras. (RODRIGUES, 2000, p.126 apud ASSUMPÇÃO, 2007, p. 63).

Nas palavras de Assumpção (2007), “na área da saúde, o trabalho em equipe se destaca por contribuir no diagnóstico do usuário, pois a partir de vários olhares profissionais e da troca de conhecimentos específicos torna-se mais completa a abordagem e a compreensão da demanda trazida pelo mesmo, e conseqüentemente a resposta dada será completa às suas necessidades não somente físicas como sociais e psicológicas. A falta de comunicação entre os profissionais das equipes de trabalho é um fator negativo que pode acarretar prejuízos para as pessoas atendidas, como ações sobrepostas, repetidas e até mesmo desnecessárias, causando grandes transtornos aos usuários. Por isso é fundamental buscar no conhecimento dos membros da equipe as abordagens mais adequadas à condução dos casos”.

A integralidade é a forma mais completa pela qual a situação do servidor é vista, pois, é através desta perspectiva que o usuário/servidor será atendido em sua totalidade, uma vez que percebemos que cada vez mais a vida particular do usuário interfere nas suas relações de trabalho.

Citando Assumpção (2007), “falar sobre Integralidade em saúde parece contraditório. Contraditório pelo fato de que não somos física, psicológica, socialmente ou em qualquer outro aspecto seres apartados de nossas próprias emoções, de nossas patologias ou de nossa saúde e finalmente das relações sociais ou interações das quais fazemos ou não parte. Se nada disso ocorre, por que então falar em Integralidade?”

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho discutimos a importância de olhar o usuário em sua totalidade, dando um olhar especializado para a realidade em que o mesmo apresenta, no qual está inserido e sobre a importância de considerar todos os aspectos apresentados, sejam eles sociais, econômicos, psicológicos. As esferas da vida interferem uma na outra e por isso não podem ser analisadas separadamente. Vimos também que o cuidado tornou-se uma questão central quando falamos em Licença por Motivo de

Doença em pessoa da Família, pois observou-se que o servidor/cuidador necessita de orientações a respeito de como cuidar do outro e principalmente como cuidar de si mesmo.

Na sociedade contemporânea percebe-se a ocorrência de doenças relacionadas ao trabalho que afetam na vida pessoal do servidor, entretanto não podemos esquecer que o processo inverso também acontece. É este o caso dos servidores técnico-administrativos e docentes quando solicitam a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família. São servidores que precisam se ausentar do trabalho para poder cuidar de alguma pessoa doente na família e esses cuidados não conseguem ser conciliados com o horário de trabalho do servidor.

O processo de requerimento da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família ainda está em construção, por isso, é importante que consigamos desvendar a realidade em que o servidor está inserido para podermos adequar este processo de acordo com a garantia da defesa dos direitos dos usuários/servidores. Durante este processo, enfrentamos diversas dificuldades, pois percebemos que a lei não está em consonância com a realidade vivida e apresentada, fazendo assim, com que muitos servidores atendidos pelo Serviço Social procurem outras formas de terem seus direitos garantidos. Exemplos disso são as situações de relações homoafetivas e de dependentes sem vínculos sanguíneos que não são contempladas pelo Regime Jurídico Único, uma vez que não se enquadram na definição de família que é considerada legalmente.

Durante o trabalho realizado no período de estágio com a licença citada, percebemos as dificuldades que cercam a vida do servidor/usuário, uma vez que os acontecimentos na vida pessoal do servidor interferem diretamente nas suas relações de trabalho e em suas atividades laborais.

Durante as entrevistas realizadas, os servidores atendidos mostraram-se exaustos diante do fato de estarem cuidando de outra pessoa sem auxílio de outros familiares, de amigos, de pessoas especializadas. Em muitas situações o servidor é eleito como o cuidador e, assim, sente-se inteiramente responsável pela pessoa doente. Os motivos dessa “eleição” se dão principalmente por dois fatores: afinidade entre a pessoa que vai cuidar e a pessoa a ser cuidada; e a profissão de quem vai cuidar. Além disso, o que se torna de maior relevância nessas situações é a questão da saúde do servidor que ficará encarregado de dedicar seu tempo à outra pessoa. Cuidar de outro exige tempo, paciência, dedicação, e alguns servidores

abdicam de cuidar de si para cuidar somente do próximo. O resultado de tudo isso é que o servidor acaba adoecendo ou tendo uma patologia já existente agravada no decorrer do processo enquanto cuidador e acaba solicitando licença para si, devido ao desgaste físico e emocional.

O Serviço Social tem como um de seus objetivos atender o servidor/usuário em sua totalidade viabilizando recursos de saúde e sociais para que o mesmo possa enfrentar a situação apresentada tendo seus direitos garantidos. E foi nessa perspectiva que discutimos o tema da integralidade, pois, de acordo com Assumpção (2007) “o Serviço Social está comprometido juntamente com os profissionais da área de saúde com a defesa e promoção da saúde e dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS); Equidade, Universalidade e Integralidade”.

O período de estágio aliado às reflexões produzidas neste trabalho, nos permite observar que ainda tem-se a necessidade de melhor sistematizar os atendimentos relacionados à doença na família, considerando que todos os servidores possuem esse direito. Outro desafio a ser enfrentado é o fato de alguns servidores estarem usufruindo a licença antes de passar por entrevista com o Serviço Social e por avaliação médica, pensamos que esta situação só será admitida em situações de urgência, ou seja, quando ocorre um imprevisto que impossibilita o servidor de agendar atendimento. Entretanto, após, o servidor passará por entrevista e por avaliação médica para que a situação seja avaliada.

Isso se justifica por entendemos que o Serviço Social pode contribuir dentro de suas especificidades nos processos de retirada da licença para que possa orientar o servidor, bem como auxiliá-lo a pensar em alternativas de enfrentamento da sua situação. Auxiliá-lo a pensar em alternativas diz respeito a refletir juntamente com o servidor sobre sua situação social e as possibilidades que possui para enfrentar a realidade que se apresenta; a fazê-lo refletir sobre sua saúde, seu bem-estar, enfatizando que caso venha a ser o cuidador de outra pessoa, não deve esquecer de sua própria saúde.

De acordo com depoimento dos servidores atendidos, a questão da orientação sobre o cuidar de si mesmo, de procurar atividades diferentes para se distrair enquanto desempenha a tarefa do cuidador foi importante na medida em que a maioria deles abdicava de tudo para dedicar-se somente ao outro.

Tem-se a necessidade de pedir uma documentação para que todos os atendimentos sejam uniformes, pois, os servidores que procuram a Junta Médica Oficial em decorrência da licença devem ser tratados sem diferenciamento nos procedimentos. Os documentos que percebemos ser necessários são: Declaração de parentesco (O RJU deixa claro que só é concedida à licença para cuidar de cônjuge ou companheiro, dos pais, dos filhos, do padrasto ou madrasta e enteado ou dependente); Atestado Médico dizendo a doença / acidente e os dias de afastamento necessários para o doente; Declaração Médica relatando a necessidade da presença do servidor, detalhando a situação (situação do doente e os cuidados que ele necessita), e constando o número de dias em que a presença do servidor será necessária.

Notamos que apesar de ser um direito do servidor, poucos sabem o que é a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família e como devem proceder para requerê-la, por isso a divulgação dessa licença é de extrema importância nesse processo para que o servidor tenha acesso às orientações corretamente. O trabalho de orientação e esclarecimento relacionados a esta licença já está sendo viabilizado pela Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor.

Para potencializar este trabalho, está sendo desenvolvida uma proposta de divulgação e sistematização para as situações que envolvem a Licença, pretendemos finalizar esta proposta até julho de 2009 para que ela possa ser executada a partir do segundo semestre de 2009.

Discutir mesmo que brevemente a questão da integralidade nos faz pensar que tipo de atendimento estamos oferecendo aos nossos usuários, uma vez que os mesmos possuem direito a um atendimento integral, que tenha como objetivo atender todas as esferas de sua vida.

Parafraseando Assumpção (2007), “um atendimento focado somente nos aspectos físicos pode resultar em um diagnóstico distorcido e até mesmo em tratamento não adequado. Por isso não se pode reduzir um sujeito, que é atravessado por diversas determinações, a um corpo ou às doenças que é acometido”.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Celina Costa de. **Regime celetista: A adoção na Administração Pública**. Revista Consultor Jurídico, 22 de fevereiro de 2000. PUC/MG.

ASSUMPÇÃO, Patrícia Freitas Schemes. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. **A integralidade em saúde e o debate do serviço social**. Florianópolis, SC, 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 12. Editora Petrópolis: Vozes, 2004. 199p

BORN, Tomiko. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa / Tomiko Born (organizadora) – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330 p.**

BRASIL. **CLT e legislação correlata**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005. p.1120

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).**

BRASIL; PINTO, Antonio Luiz de Toledo; WINDT, Márcia Cristina Vaz dos Santos; CÉSPEDES, Livia (Org.). **Consolidação das leis do trabalho**. 32. Ed. São Paulo: Saraiva, 2005. 1300p

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº. 6.833, de 29 de abril de 2009. 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.dji.com.br/decretos/2009-006833/2009-006833.htm> >. Acesso em: 12 de junho de 2009.

BRASÍLIA. Departamento de Relações de Trabalho Coordenação Geral de seguridade Social e Benefícios do Servidor. **Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Cíveis Federais**. Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do servidor Público Federal. Brasília, 2006.

CLT anotada: para consultar e estudar o direito do trabalho - 2. Ed. atual. / 1995 - Livros. PALMA, João Augusto da. **CLT anotada: para consultar e estudar o direito do trabalho**. 2. ed. atual. São Paulo: LTR, 1995 502 p.

Consolidação das Leis do Trabalho. São Paulo: Edições Vértice, 2005. - (Série Legislação Acadêmica – forense).

Quando las Personas Mayores Necesitan Ayuda – **Guía para cuidadores y familiares**”, do Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 1998, mediante autorização expressa, datada de 10/07/2008, do Secretário Geral do Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, da Espanha. Traduzido e adaptado por BORN, Tomiko (2008).

ELY, Fabiana Regina. **O super-herói (nem tanto) também adocece: um estudo em saúde do trabalhador com servidores da Polícia Federal em Santa Catarina.** Florianópolis, 2007. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-graduação em Serviço Social

GOMES, Adriana Aparecida Oliveira. **Serviço Social e as Demandas dos Servidores da UFSC: a universidade brasileira em questão.** 2074. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

LACAZ, F.A.C. **Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.13, supl. 2, p. S07-S19, 1997. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 maio 2009.

LUZ, Madel Therezinha. **Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje.** In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. Cuidado: as fronteiras da integralidade Rio de Janeiro, São Paulo: UERJ, IMS, ABRASCO, Hucitec; 2004. P. 09 - 20. (63)

LONZAR, W. **A ordem econômica e social nas Constituições Brasileiras a partir de 1934.** In: FUNDAP Quadro comparativo. Processo Constituinte; a ordem econômica e social. São Paulo: FUNDAP, 1987.

Mattos, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões.** In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001. P. 39 - 64.

MENDES, J.M.R. **O verso e o averso de uma história: o acidente e a morte no trabalho.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Serviço Social e Ações Profissionais: proposições de um processo investigativo.** Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2006 – Mimeo; Porto Alegre: PUC RS – Palestra proferida em 30/05/2007.

MUNHOZ, Clari Marlei Daltrozo; RAVAGNI, Leda Almada Cruz de; LEITE, Maria Luciana C. de B. **Como a família ajuda ou dificulta o cuidado com a pessoa idosa.** In: BORN, Tomiko. Cuidar Melhor e Evitar a Violência – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa / Tomiko Born (organizadora) – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330 p.

OLIVEIRA, V. R. **Política de assistência social no Brasil.** Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, v. 31, p. 98-118, ano X, Dez, 1989.

OLIVEIRA, S.G. **Proteção Jurídica à Saúde do Trabalhador.** São Paulo: LTe, 1996.

Pinheiro, Roseni; Guizardi, Francini Lube. **Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de Saberes e práticas no cotidiano.** In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors.

Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, São Paulo: UERJ, IMS: ABRASCO; 2004. P. 21 - 36.

Pinheiro, Roseni; Guizardi, Francine Lube; Machado, Felipe Rangel S.; Gomes, Rafael da Silveira. **Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade.** In: Pinheiro R, Mattos RAd, editors. Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2005. P. 11 - 32.

RAVAGNI, Leda Almada Cruz de. **O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades.** In: BORN, Tomiko. Cuidar Melhor e Evitar a Violência – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa / Tomiko Born (organizadora) – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330 p.

Relatório Anual 2001 – Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor.

Relatório Anual 2002 – Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor.

Relatório Anual 2004 – Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor.

Relatório Anual 2005 – Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor.

Relatório Anual 2006 – Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor.

Relatório Anual 2007 – Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor.

Relatório Anual 2008 – Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor.

Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas e Federais. Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990. Departamento de Desenvolvimento de Potencialização de Pessoas da Universidade Federal de Santa Catarina.

RIBEIRO, Carla. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. **A integralidade e seus percursos no SUS**. Florianópolis, 2008. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

RIZOTTI, Maria Luiza Amaral. **A Construção do Sistema de proteção Social no Brasil: Avanços e Retrocessos na Legislação Social**. Publicado em 12 de setembro de 2006. Universidade Estadual de Londrina (UEL) /PR.

ROBBEO, Judy. **Cuidador principal e sua relação com os demais cuidadores**. In: BORN, Tomiko. Cuidar Melhor e Evitar a Violência – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa / Tomiko Born (organizadora) – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330 p.

SANTOS, Ana Paula Balthazar dos, KATO, Letícia Sueny. **Supervisão de estágio 2008**.

SARMENTO, Helder Boska de Moraes. **Instrumentos e Técnicas em Serviço Social: elementos para uma rediscussão**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduandos em Serviço Social. Março, 1994.

SARTI, Cyntia A. **Famílias Enredadas**. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE Maria Amália F (org). Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez, 2005, p. 21-36.

Site da Associação Brasileira do Câncer. <www.abcancer.org.br>. Acesso em 20 de setembro de 2008.

Site da Organização Mundial da Saúde. <www.who.int/topics/chronic_diseases/en/>
Acesso em 22 de maio de 2009.

SKIDMORE, Thomas E. Brasil: **de Getulio Vargas a Castelo Branco, 1930-1964**.
10. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996. (11a. reimpressão) 512p

Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <www.ufsc.br>. Acesso em
22 de março de 2009.

ZANLUCA, Júlio César. **A Consolidação das Leis do Trabalho**. Disponível em:
<www.guiatrabalhista.com.br>. Acesso em 30 de abril de 2009.

ANEXOS

Anexo 1 – Formulário utilizado nas entrevistas para requerimento de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E SOCIAL
DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO E ATENÇÃO SOCIAL E À SAÚDE

DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL – ATENDIMENTO AO SERVIDOR

Licença para Acompanhar Pessoa Doente na Família

1 - Identificação:

Nome: _____.

Data de nascimento: ____/____/____. Data do atendimento: ____/____/____.

Siape: _____. Masis: _____.

Local de Trabalho: _____.

Telefone/Ramal: _____.

Cargo/Função: _____.

Horário de Trabalho: _____.

Chefia Imediata: _____. Telefone/Ramal: _____.

Endereço do Servidor: _____ N° _____

Bairro: _____ AP: _____ Bloco: _____.

E-mail: _____.

2 - Grau de Parentesco da pessoa doente a ser acompanhada (dependente legal) em relação ao servidor:

Pai/Mãe Cônjuge/Companheiro (a)

Filho/Filha Padrasto/Madrasta

Enteado (a) Outro: _____

Nome: _____. Idade: _____.

3 – Situação sócio – econômica do doente:

Trabalha, mas está em licença médica Desempregado

Aposentado Sem Renda

Autônomo Pensionista

4 – Possui Plano de Saúde?

Sim Não

Qual? _____

5 – Local em que sua presença será necessária:

- Residência da pessoa doente Hospital
 Residência do servidor Outro: _____

6 – Cuidados que o familiar doente necessita no momento:

- Banho Locomoção na própria residência
 Alimentação Locomoção externa (médicos, curativos, fisioterapia, etc).
 Outros: _____

7 – Quadro da doença:

- Agudo Crônico
Detalhar: _____

8 – Histórico da doença (diagnóstico, evolução, prognóstico).

_____.

9 – Há outros recursos humanos ou institucionais, incluindo amigos, parentes, profissionais da área ou clínicas que possam auxiliar nos cuidados com o doente?

- Sim Não
Detalhar: _____
_____.

10 – Quais as outras possibilidades/recursos para cuidar do doente após o término do período permitido por lei para acompanhar pessoa doente na família (orientar lei)?

_____.

11 – Dias necessários: _____.

A partir de: _____.

Estou ciente das leis referentes à licença para tratar pessoa doente na família e declaro que as informações acima são verdadeiras.

Florianópolis: ____/____/____.

Assinatura do Servidor

Anexo 2 – Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009.

Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009.

Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor.

O Presidente da República, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea "a", da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 30 do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, Decreta:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS, integrante do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC, criado pelo Decreto nº 67.326, de 5 de outubro de 1970.

Art. 2º O SIASS tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo.

Art. 3º Para os fins deste Decreto, considera-se:

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

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

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

Art. 4º Fica instituído o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor, no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, com as seguintes atribuições:

I - aprovar as diretrizes para aplicação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, e para a capacitação dos servidores em exercício nas unidades do SIASS;

II - deliberar sobre as propostas de criação, jurisdição e funcionamento das unidades do SIASS;

III - deliberar, em relação às unidades do SIASS, sobre os instrumentos de cooperação e as iniciativas para provimento de materiais e equipamentos, força de trabalho, imóveis e instalações, bem como sobre contratos de segurança, limpeza e conservação;

IV - deliberar sobre os procedimentos para uniformização e padronização das ações relativas ao SIASS;

V - orientar e acompanhar a execução das ações e programas no âmbito do SIASS;

e
VI - aprovar regras e procedimentos para guarda e utilização das informações pessoais sobre a saúde dos servidores, de acesso restrito às pessoas a que elas se referirem ou a servidores autorizados na forma da lei.

§ 1º A força de trabalho do SIASS será formada exclusivamente por servidores federais, ficando vedadas a terceirização de mão-de-obra e a contratação de pessoal por tempo determinado.

§ 2º O Comitê Gestor 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.

Art. 5º O Comitê Gestor será composto por um representante de cada órgão a seguir indicado:

I - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que o coordenará;

II - Casa Civil da Presidência da República;

III - Ministério da Saúde;

IV - Ministério da Previdência Social;

V - Ministério da Educação;

VI - Ministério da Fazenda; e

VII - Ministério do Trabalho e Emprego.

§ 1º A Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão exercerá as funções de secretaria-executiva do Comitê Gestor.

§ 2º As deliberações do Comitê Gestor serão adotadas por maioria simples, presentes pelo menos cinco dos seus membros, cabendo ao coordenador exercer, além do próprio voto, o de desempate.

§ 3º Os membros do Comitê Gestor, titular e suplente, serão indicados pelos titulares dos seus respectivos órgãos e designados pelo Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, para mandato de três anos, permitida uma única recondução.

§ 4º As regras para organização e funcionamento do Comitê Gestor serão definidas em seu regimento interno, aprovado na forma do § 2º, observadas as disposições deste Decreto.

§ 5º A participação no Comitê Gestor é considerada de relevante interesse público e não será remunerada.

Art. 6º O exercício do servidor no âmbito do SIASS não implica mudança de unidade de lotação ou de órgão de origem.

Art. 7º Caberá ao Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão decidir sobre as deliberações do Comitê Gestor e celebrar os instrumentos de cooperação ou parceria com os órgãos e entidades da administração direta, autárquica e fundacional.

Art. 8º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Fica revogado o Decreto nº 5.961, de 13 de novembro de 2006.

Brasília, 29 de abril de 2009; 188º da Independência e 121º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Paulo Bernardo Silva

DOU de 30.4.2009