

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

DESAFIOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR
TERCEIRIZADO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – ESTUDO DE CASO
DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E
DE EMPRESAS PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

ANDRÉ MARTINS CORDEIRO

Rio de Janeiro - 2018

ANDRÉ MARTINS CORDEIRO

**DESAFIOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR TERCEIRIZADO
NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – ESTUDO DE CASO DA FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ**

Dissertação apresentada à Escola Brasileira
de Administração Pública e de Empresas da
Fundação Getúlio Vargas para obtenção do
título de Mestre em Administração Pública.

Área de concentração: Governança e
Administração Pública.

Orientador: Dr. Hélio Arthur Reis Irigaray.

RIO DE JANEIRO

2018

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Mario Henrique Simonsen/FGV

Cordeiro, André Martins

Desafios na promoção da saúde do trabalhador terceirizado na administração pública : estudo de caso da Fundação Oswaldo Cruz / André Martins Cordeiro. – 2018.

113 f.

Dissertação (mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa.

Orientador: Hélio Arthur Irigaray.

Inclui bibliografia.

1. Saúde – Administração. 2. Promoção da saúde. 3. Saúde e trabalho. 4. Higiene industrial. 5. Administração de pessoal. 6. Terceirização. I. Irigaray, Hélio Arthur. II. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. III. Título.

CDD – 362.1



ANDRÉ MARTINS CORDEIRO


**“DESAFIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR TERCEIRIZADO NA
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - PROPOSTA DE APLICAÇÃO NA FUNDAÇÃO OSWALDO
CRUZ”.**

Trabalho Final de Curso apresentado(a) ao Curso de Mestrado Profissional em
Administração Pública do(a) Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas
para obtenção do grau de Mestre(a) em Administração Pública.

Data da defesa: 10/07/2018

ASSINATURA DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA


HÉLIO ARTHUR REIS IRIGARAY
Orientador(a)


YUNA SOUZA DOS REIS DA FONTOURA
Membro Interno


ISABEL DE SÁ AFFONSO DA COSTA
Membro Externo


JULIANO LIMA
Membro Externo

Resumo

Objetivo - Este estudo teve como objetivo analisar que elementos da relação entre a administração pública e empresas de alocação de mão de obra terceirizada influenciam nos processos saúde-doença dos trabalhadores terceirizados.

Metodologia – Trata-se de um estudo de caso realizado na Fundação Oswaldo Cruz, de caráter exploratório e com abordagem qualitativa. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados entrevistas semiestruturadas e análise documental. As entrevistas foram realizadas junto a atores-chave, considerando três grupos: trabalhadores terceirizados, fiscais de contrato e profissionais de saúde do trabalhador. A análise documental foi realizada nos contratos estabelecidos entre a instituição e as empresas que alocam mão de obra terceirizada. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, orientada por categorias de análise provenientes da Teoria da Agência e da Saúde do Trabalhador.

Resultados – O estudo revela que há falhas organizacionais e contratuais que contribuem para uma situação precária de gestão da saúde dos trabalhadores terceirizados. Em geral os fiscais de contrato não se sentem suficientemente capacitados e seguros para atuar neste campo. Os profissionais de saúde e os trabalhadores terceirizados revelam dificuldades para garantir a atenção à saúde adequada e há pressão das empresas que restringem os cuidados aos trabalhadores e geram prejuízos à sua saúde. Como não pertencem à instituição pública e sim à empresa terceirizada, há baixa apropriação, por parte dos trabalhadores, sobre os fatores ambientais e organizacionais que atuam sobre sua saúde. Não há incentivos contratuais que favoreçam o cuidado com a saúde dos trabalhadores.

Limitações – Não foi possível entrevistar representantes das empresas contratantes de mão de obra, o que teria trazido elementos de percepção do agente contratado que contribuiriam para uma visão mais abrangente. Também os trabalhadores terceirizados pertenciam a uma única unidade da Fiocruz, o que pode representar um viés.

Contribuições práticas – Como principal contribuição prática, o estudo sugere a introdução de dispositivos contratuais e organizacionais que coloquem a saúde dos trabalhadores terceirizados sob maior controle da Instituição (Fiocruz), em especial com a estruturação de um serviço compartilhado em saúde do trabalhador que teria maior capacidade de monitoramento e atuação sobre as empresas terceirizadas no que diz respeito às condições de trabalho e saúde destes trabalhadores. Também aponta para a importância da introdução de mecanismos coletivos que ampliem a capacidade de vocalização e empoderamento dos trabalhadores terceirizados.

Contribuições sociais – Em um contexto de avanço de medidas e reformas que fragilizam o poder dos trabalhadores, o estudo traz evidências de que a terceirização da força de trabalho traz também reflexos negativos para a garantia das condições de saúde dos trabalhadores. Neste sentido, pode servir de suporte à proposição de ações, no âmbito da administração pública, que reforcem a capacidade de garantia da saúde enquanto direito destes trabalhadores.

Originalidade – É um estudo original na medida em que relaciona os comportamentos nocivos das empresas de terceirização em sua relação com a Administração Pública Federal e processos de saúde-doença dos trabalhadores, à luz da Teoria da Agência.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Gestão de Pessoas, Terceirização, Teoria da Agência.

Categoria do artigo: Dissertação de Mestrado.

Abstract

Purpose – This study had the intent to analyze what elements originated from the relationship between outsourcing work companies and the Public Administration that impact in the health-disease processes of outsourced workers.

Design/Methodology – It's a case study executed in the Oswaldo Cruz Foundation, exploratory in nature and qualitative in approach. Semi-structured interviews and document analysis were used to collect the data. The interviews were conducted with key-actors, considering three groups: outsourced workers, contract supervisors and workers' health workers. The document analysis was conducted on the contracts between the institution and outsourcing companies. The data was submitted to content analysis, guided by analytical categories from the Agency Theory and Workers' Health.

Findings – The study shows that there are organizational and contractual flaws that contribute to a precarious outsourced workers health management situation. Generally speaking, the contract supervisors do not feel able and secure enough to act in this field. The workers' health professionals and the outsourced workers reveal difficulties to ensure the appropriate attention to health issues and there is pressure from the outsourcing companies that restrain the access to care in detriment of their health. Since they do not belong to the public institution, but to the outsourcing company, there is a low level of appropriation, on the workers part, about the environmental and organizational factors that have an impact on their health. There are no contractual incentives that favors the care for workers' health.

Research limitations – It was not possible to interview the representatives from the outsourcing companies, which would have brought the perception elements of the agent and would have contributed to a broader view. Also, the outsourced workers belong to the same Fiocruz unit, what could represent a bias.

Practical implications – As the main practical contribution, the study suggest the introduction of contractual and organizational protocols that bring the outsourced workers health closer to the institutional control (from Fiocruz), especially with the structuration of a workers health shared services center, that would have increased capacity to monitor and act over the outsourcing companies with regard to the working conditions and health of these workers. Also points out to the importance of the introduction of collective mechanisms that enhance the vocalization capabilities and empowerment of the outsourced workers.

Social implications – In the context of advancement of public measures and reforms that brings fragility to the workers power, the study brings evidences that the outsourcing also reflects negatively on the job conditions of these workers. In that direction, it can serve as support to propose actions in the public administration, which reinforce the insurance of “health as a right” to these workers.

Originality – It is an original study as it correlates the harmful behavior of the outsourcing companies working relations with the public administration and the health-disease processes of the workers, considering the Agency Theory.

Keywords: Workers’ Health, People Management, Outsourcing, Agency Theory.

Paper category: Master’s dissertation.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio, em especial aos meus pais, por sempre incentivarem o estudo como o meio mais precioso para se crescer na vida.

À Direção de Gestão de Pessoas da Fundação Oswaldo Cruz, Juliano Lima e Andreia da Luz, pelo desenvolvimento de um conjunto de iniciativas institucionais que visa ampliar os horizontes da Gestão Pública Brasileira.

Ao apoio recebido da Escola Corporativa Fiocruz, no âmbito do Programa de Desenvolvimento Gerencial (PDG), para realização do presente mestrado.

À coordenação do Mestrado, professores Roberto Pimenta e Joaquim Rubens Filho, ambos profissionais muito humanos (e ótimos guias para os módulos internacionais).

Aos professores do mestrado por todo o conhecimento que me foi transmitido. As aulas foram muito variadas, diversificadas, intensas e inesquecíveis.

À douta banca, constituída pelos professores Hélio Arthur Irigaray, Yuna Fontoura, Isabel Costa e Juliano Lima.

À equipe da Secretaria Acadêmica, em especial Roberta e Carlos, tanto pela prontidão, quanto pelo esforço em navegar nas águas da administração acadêmica.

Aos colegas de turma, por tudo o que aprendi com eles, e por todos os momentos em que eles ofereceram uma mão amiga (vocês sabem quem são).

A todos os participantes desta pesquisa, vocês são essenciais.

À minha esposa, pela infinita paciência de me acompanhar durante as intermináveis noites de estudo, transcrição e análise de dados.

Aos trabalhadores deste país, de todas as classes, gêneros, formações e níveis que, por meio de sua atuação, conduzem nosso país para o futuro.

Salvando nosso planeta, elevando pessoas da pobreza, avançando crescimento econômico... estes são uma e apenas uma luta. Nós precisamos conectar os pontos entre a mudança climática, escassez de água, falta de energia, saúde global, segurança alimentar e empoderamento das mulheres. Solução para um problema devem ser solução para todos.

Ban Ki-moon

SUMÁRIO

1	O PROBLEMA	1
1.1	Introdução	1
1.2	Objetivos do Estudo	3
1.3	Relevância do Estudo	4
1.4	Delimitação do Estudo	10
2	MARCO TEÓRICO	12
2.1	Evolução da Saúde do Trabalhador	12
2.1.1	A Medicina Industrial	12
2.1.2	O surgimento da Saúde Ocupacional	13
2.1.3	O surgimento da Saúde do Trabalhador	17
2.1.4	Caracterização da Saúde do Trabalhador	19
2.2	A reforma do Estado Brasileiro e o crescimento da terceirização	21
2.3	A fiscalização e gestão dos contratos públicos	25
2.4	A Teoria da Agência e a terceirização	28
3	PERCURSO METODOLÓGICO	32
3.1	Análise da instituição estudada	32
3.2	Caracterização geral do estudo	32
3.3	Técnicas e instrumentos de coleta de dados	33
3.4	Coleta de dados	34
3.5	Tratamento dos dados	37
4	RESULTADOS	41
4.1	Introdução	41
4.2	Características da instituição estudada: a Fundação Oswaldo Cruz	41
4.3	Resultados das entrevistas com fiscais ou gestores de contratos	44

4.4	Resultados das entrevistas com profissionais que atuam no Campo da Saúde do Trabalhador	48
4.5	Resultados das entrevistas com os trabalhadores terceirizados	53
4.6	Estruturação da Análise de Conteúdo	58
4.7	Resultados decorrentes da análise dos contratos	60
4.8	Elaboração da tabela de exploração dos contratos	65
5	DISCUSSÃO DE PROPOSTAS PARA A ADM. PÚBLICA	68
5.1	Categoria final: Participação dos trabalhadores terceirizados	70
5.2	Categoria final: Questões básicas de Saúde Ocupacional	77
5.3	Categoria final: Modelos de contratação e incentivos ao comportamento do agente	87
5.4	Categoria final: Questões de organização interna do trabalho	90
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
	REFERÊNCIAS	100
	PORTAIS E PÁGINAS CONSULTADOS	105
	ANEXO I - Organograma da Fiocruz	109
	ANEXO II - Instrução Normativa 05 MPDG, 2017	110
	ANEXO III – Roteiro de entrevista	111
	ANEXO IV - Dados sobre terceirização em atividade-fim por unidade	112

TABELAS

N.º	Descrição	Página
Tabela 1	Distribuição dos servidores da Fiocruz por cargo	6
Tabela 2	Força de trabalho da Fiocruz	6
Tabela 3	Análise da força de trabalho terceirizada	7
Tabela 4	Razão entre estimativas de acidentados e os dados do INSS	8
Tabela 5	Perfil dos entrevistados	35
Tabela 6	Seleção dos contratos	36
Tabela 7	Elementos de busca nos contratos	40
Tabela 8	Quadro de análise de conteúdo das entrevistas	58
Tabela 9	Exploração dos contratos	66
Tabela 10	Fiscalização - situação atual	86
Tabela 11	Fiscalização - proposta	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AET	Análise Ergonômica do Trabalho
APF	Administração Pública Federal
CAT	Comunicado de Acidente de Trabalho
CISSP	Comissão Interna de Saúde do Servidor Público
COGEPE	Coordenação Geral de Gestão de Pessoas (nome atual)
CST	Coordenação de Saúde do Trabalhador
CSC	Central de serviços compartilhados
CSC de ST	Central de serviços compartilhados de Saúde do Trabalhador
Direh	Diretoria de Recursos Humanos da Fiocruz (nome antigo)
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FUNDACENTRO	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, vinculada ao MTE.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IN	Instrução normativa
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MPDG	Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NOSS	Norma operacional de Saúde do Servidor
NR	Norma regulamentadora
NUST	Núcleo de Saúde do Trabalhador
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PCMSO	Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSS	Política Nacional de Saúde do Servidor
PPA	Plano Plurianual
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PQ	Plano Quadrienal da Fiocruz
PQU	Plano Quadrienal da Unidade da Fiocruz
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União

1. O PROBLEMA

1.1. Introdução.

Os temas ligados à Saúde do Trabalhador são complexos, multidimensionais e se situam no meio das relações entre trabalhador, seu ambiente, suas atividades e as tecnologias. O desenvolvimento econômico, necessário ao crescimento de qualquer país, depende de inovações tecnológicas e de gestão e, por vezes, estas representam ameaça à dignidade e saúde humanas.

Seria um erro considerar o Ser Humano como um objeto, como algo acessório a uma nova máquina ou apenas como complemento a uma nova tecnologia mais eficiente do que as que a precederam. É preciso também reconhecer o caráter psicossocial do trabalho, sua importância na vida das pessoas, e a sua falta na condição de desemprego. Trata-se de rica fonte de saúde ou doença, dependendo de como se desenvolvem as relações e processos.

O campo científico da Saúde do Trabalhador vem evoluindo com debates e discussões que frequentemente transbordam as contenções dos muros das ciências da vida e adentram pelas ciências sociais e exatas, pois falar sobre esse tema é abordar algo que ainda não atingiu a adolescência, mas que precisa ter seus caminhos para uma maturidade saudável (LACAZ, 1997). No caso brasileiro a experiência com intervenção e conhecimento acerca das relações entre saúde, produção e ambiente é recente (TAMBELLINI, ALMEIDA e CÂMARA, 2013).

No mundo do trabalho existe cada vez mais um distanciamento entre as práticas organizacionais e os direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora ao longo dos anos (FRANCO, DRUCK e ELIGMANN-SILVA, 2010). Uma das externalidades deste processo é o adoecimento dos indivíduos e outro a degradação ambiental. O presente estudo é focado na primeira externalidade.

O trabalho é parte integrante da estrutura psíquica do ser humano, compõe às representações e rótulos por meio dos quais nos apresentamos uns aos outros. Trata-se, portanto, de algo importante, central na vida das pessoas. Nessa linha, Rodrigues *et al.* (2017) destacam:

“ A centralidade do trabalho na vida do homem desde o advento da modernidade, o que evoca a ideia de que se passa mais tempo no ambiente de trabalho do que com familiares, com as pessoas dedicando os melhores anos de suas vidas às organizações. Vale, portanto, a insistência na ideia de que o sentido tem que estar relacionado com o bem-estar, sob o risco de

uma vida penosa e insalubre que o trabalho destituído de sentido pode provocar, com mazelas e estragos à vida humana.” (RODRIGUES *et al.*, 2017, p.1081)

Segundo Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997), a área de Saúde do Trabalhador, no Brasil, tem uma conotação própria, reflexo da trajetória que lhe deu origem e vem constituindo seu marco referencial, seu corpo conceitual e metodológico. (MINAYO-GOMEZ, THEDIM-COSTA, 1997, p.24).

Os profissionais que atuam no campo da Saúde do Trabalhador são constantemente desafiados pelos avanços tecnológicos, pelas mudanças políticas e de legislação, pelas reestruturações dos processos e dos ambientes de trabalho e pelas próprias contradições inerentes ao sistema de produção capitalista. Assim sendo:

“Nesse cenário é importante compreender o processo de interação entre o homem com a saúde e o ambiente em seus determinantes históricos, políticos e econômicos e considerar o trabalho como categoria central para organização social e seus elementos responsáveis pelo movimento de transformação e reprodução. Assim, em cada conjuntura, há que se refletir sobre a atividade humana do trabalho enquanto produtora de cultura e sobre o teor da subjetividade do trabalhador, suas lutas, suas conquistas, dentro das limitações que se apresentam e interação e as fragilidades de reações.” (ANDRADE, 2009)

As decisões sobre as mudanças nos processos produtivos, sobre a incorporação novas tecnologias, ou, por vezes, a simples alteração de um *layout* de escritório impacta nos processos de trabalho, portanto pode impactar na saúde dos trabalhadores que ali exercem suas atividades laborais.

O Governo Federal e, em especial, o Ministério da Saúde, possuem um compromisso formal com a promoção da saúde dos trabalhadores e a proteção de seus direitos sociais. No entanto, os relatos de adoecimento vêm crescendo entre os trabalhadores da esfera pública.

Atualmente, a Administração Pública se vê pressionada a aumentar sua eficiência, a reduzir seus gastos, a melhorar a qualidade de seus serviços e, por vezes, os gestores caem na tentação de se apropriar de técnicas e tecnologias desenvolvidas para a iniciativa privada sem a devida adaptação. Não deveria se tratar de público competir com o privado, e sim de gerenciar seus recursos da melhor maneira, incluindo os recursos humanos – que são pessoas, não coisas.

A situação dos profissionais terceirizados é ainda mais delicada, visto que estes não possuem vínculo direto com a APF e este distanciamento, mediado pela presença de um agente econômico com interesses próprios (a empresa de terceirização), cria uma camada extra de complexidade e é fonte de investigação do presente estudo.

Como campo de pesquisa tem-se a Fundação Oswaldo Cruz, instituição pública centenária de ciência e tecnologia para a saúde. Trata-se de uma fundação autárquica presente em 10 estados brasileiros e com uma representação no Continente Africano. Os objetivos deste trabalho estão alinhados com a missão desta instituição, que é de:

“Produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que contribuam para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira, para a redução das desigualdades sociais e para a dinâmica nacional de inovação, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais”. (Fiocruz, 2018)

No centro da questão tem-se o conjunto de características do relacionamento entre as empresas contratadas pela Administração Pública Federal (APF) e as condições precarizadas de trabalho que acabam sendo impostas aos trabalhadores terceirizados.

1.2. Objetivos do Estudo.

Neste contexto de gestão pública de pessoas, a pergunta de investigação é: que elementos decorrentes da relação entre a administração pública e empresas de alocação de mão de obra terceirizada influenciam nos processos saúde-doença dos trabalhadores terceirizados?

Para responder a essa pergunta foi necessário atingir os seguintes objetivos específicos:

1. Estudar como foi a evolução do conceito de Saúde do Trabalhador, fundamental para a compreensão da complexidade dos processos de saúde-doença que se estabelecem nas relações, processos e ambientes de trabalho,
2. Buscar compreender como são feitas as contratações de serviços pela APF, e como se constituem as relações contratuais triangulares entre trabalhador, empresa terceirizada e APF.
3. Explorar, por meio de entrevistas, em busca dos elementos nocivos que decorrem da relação entre a APF e as empresas.

O presente estudo se divide em 5 capítulos, incluindo esta introdução, e mais um capítulo para concluir.

No próximo capítulo é apresentado o Marco Teórico, que inclui o histórico do Campo da Saúde do Trabalhador, com seus conceitos mais importantes. A seguir uma revisão breve

sobre a reforma do Estado e seus impactos no crescimento da terceirização na Administração Pública. Na seção seguinte é discutida como acontece a fiscalização dos contratos de terceirização e como eles diferem das atividades equivalentes na iniciativa privada. Na sequência é apresentado o Modelo Principal-Agente, que serve de referencial teórico na compreensão das disfunções na relação entre gestores/fiscais de contrato e os representantes das empresas terceirizadoras de mão-de-obra.

No terceiro capítulo é apresentado o percurso metodológico, focalizando nos métodos de exploração por meio de entrevistas que buscaram dar voz aos sujeitos da pesquisa, complementada pela leitura e análise de documentos disponíveis.

No quarto capítulo são apresentados os resultados a partir do material estudado. No quinto capítulo faz-se uma discussão das descobertas, organizadas por categoria de análise, com elaboração de propostas como contribuição para aprimorar a gestão pública na instituição estudada.

Por fim, apresenta-se no último capítulo as considerações finais.

1.3 Relevância do Estudo

Conforme já dito anteriormente, o Campo da Saúde do Trabalhador traz complexidade, principalmente ao considerar a participação de todos os envolvidos (gestores, técnicos, médicos, psicólogos, enfermeiros, os trabalhadores etc.), e é um tema altamente relevante nos dias atuais, principalmente para a Administração Pública Federal.

A questão é relevante socialmente pelo contexto atual das relações de trabalho no Brasil, com avanços substanciais da terceirização, incluindo decisão recente do Supremo Tribunal Federal (STF), que declarou constitucional a terceirização de serviços na atividade-meio e na atividade-fim das empresas. A discussão se deu a partir da Súmula 331 do Tribunal Superior do Trabalho, que proibia a terceirização. Para a maioria dos ministros do STF, sob o ponto de vista jurídico, não há lei que proíba a prática nem comprovação de que essa modalidade de prestação de serviço precariza o trabalho ou viola a dignidade do trabalhador.

No ano de 2017 foi editada a Reforma Trabalhista (Lei 13.467/2017), que trouxe diversas mudanças em direção à flexibilização das relações de trabalho, como, por exemplo, a possibilidade de se ter contratos de trabalho intermitente, de maneira que o empregado poderá

ser contratado para trabalhar por períodos (de forma não contínua), recebendo pelas horas, dias ou mês trabalhados, conforme conveniência do empregador, desmanchando-se assim a expectativa de perenidade do vínculo empregatício. Outro exemplo de mudança é a possibilidade de mulheres grávidas permanecerem durante a gestação com suas atividades em locais insalubres, situação expressamente proibida pela legislação anterior (CLT- Art. 394-A), cabendo agora às mulheres apresentarem atestados que justifiquem o afastamento das atividades e ambientes potencialmente nocivos à sua saúde ou de seu bebê. Observadas em conjunto, as alterações apontam para uma tendência de redução dos direitos dos trabalhadores.

O presente estudo busca realizar uma contribuição, pois, durante o levantamento bibliográfico não foram encontrados estudos que analisem os possíveis efeitos dos comportamentos nocivos das empresas de terceirização sobre os processos de saúde-doença dos trabalhadores terceirizados na APF.

Existem estudos em Administração que são específicos sobre certas formas de adoecimento, como depressão, lesão por esforços repetitivos, ou mesmo que trazem à luz os malefícios do estresse, no entanto, a literatura no campo da Administração Pública é escassa sobre as externalidades negativas das relações de trabalho terceirizado sobre a saúde dos trabalhadores.

Os relatórios de gestão da Fundação Oswaldo Cruz apresentam dados relevantes para o presente estudo: a instituição possui 19 unidades com capacidade de conduzir processos licitatórios e celebrar contratos públicos de terceirização. A missão institucional inclui expressamente a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira.

A instituição conta com 5193 servidores ativos, distribuídos pelos diversos cargos públicos, conforme Tabela 1.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES DA FIOCRUZ POR CARGO

Cargo	Quantidade
Técnico em Saúde Pública	1159
Assistente Técnico de Gestão Em Saúde	380
Analista De Gestão em Saúde	760
Tecnologista em Saúde Pública	1661
Pesquisador em Saúde Pública	956
Especialista C&T Prod Inov Saúde Pública	43
Outros	224
Total	5183

Fonte: Relatório - COGEPE, 2018.

Além dos servidores públicos, a instituição conta com um expressivo número de profissionais terceirizados, distribuídos por vários contratos. A Tabela 2 apresenta a força total de trabalho da instituição estudada, não incluindo bolsistas e estagiários.

TABELA 2 - FORÇA DE TRABALHO DA FIOCRUZ

SITUAÇÃO	SERVIDOR ATIVO PERMANENTE	CEDIDO	CELETISTA & CELETISTA ANISTIADO	CEDIDO SUS/LEI 8270	NOMEADOS PARA CARGO EM COMISSÃO	REQUISITADO	TERCEIRIZAÇÃO	TOTAL
UNIDADE								
IOC	641	2	1		6		278	928
IAM	181	4			1		124	310
IGM	123				4	1	100	228
IRR	174			1			57	232
ILMD	51						38	89
ICC	73							73
COC	165	1	1	1			86	254
ENSP	677	4		8			236	925
EPSJV	145			1			115	261
BIO-MANGUI	212	1					1321	1534
FAR-MANGUI	208				2		691	901
INCQS	217	3		3	1		100	324
IFF	866	2	8	3	1		386	1266
INI	317	1	7	2	4		289	620
ICICT	173	1					81	255
ICTB	90	2				1	90	183
PRESIDÊNCIA	315	4		2	2	1	201	525
COGEPLAN	19						21	40
GEREB	43	5					106	154
COGIC	188						2284	2472
COGEAD	58	1					171	230
COGEPE	87						175	262
TOTAL	5023	31	17	21	21	3	6950	12066

Fonte: Relatório – COGEPE, 2018.

As informações gerenciais sobre que tipo de atividades os terceirizados exercem apontam que cerca de 4165 profissionais estão atuando em funções típicas de cargos das carreiras da Fiocruz. Em outras palavras, exercendo atividades finalísticas ou estratégicas para a instituição.

Um estudo realizado pela Diretoria de Recursos Humanos da Fiocruz (Direh, 2014, atualmente COGEPE) apontou em 2014 as grandes proporções de profissionais terceirizados que ocupavam postos de trabalho com características daqueles previstos no Plano de Cargos da Fiocruz, aqui chamados de “substituíveis” em referência a possibilidade de se abrir concurso público para substituí-los.

A razão apresentada na última coluna chama a atenção em algumas unidades, como Biomanguinhos, que apresenta 3,7 terceirizados (em posto previsto na carreira pública, *a priori* não-terceirizável) para cada servidor público. Esse fato se explica em parte por se tratar de grande unidade produtora de imunobiológicos, com características de fábrica, áreas operacionais, áreas de engenharia, de manutenção predial e fabril.

TABELA 3- ANÁLISE DA FORÇA DE TRABALHO TERCEIRIZADA

Unidades	Força de Trabalho			% Terceirizados na Força de Trabalho	Terceirizados Substituíveis na Força de Trabalho Terceirizada		Razão entre Terceirizados Substituíveis e Servidores**
	Servidores	Terceirizados	Total		N	%	
DIPLAN	21	19	40	48%	16	84%	0,76
DIRAC	207	2.150	2.357	91%	167	8%	0,81
DIRAD	79	180	259	69%	82	46%	1,04
DIREB	42	83	125	66%	24	29%	0,57
DIREH	96	187	283	66%	61	33%	0,64
PRESIDÊNCIA	285	345	630	55%	238	69%	0,84
ENSP	687	267	954	28%	165	62%	0,24
EPSIV	139	87	226	38%	54	62%	0,39
IAM	178	103	281	37%	21	20%	0,12
IGM	115	117	232	50%	-	-	-
ILMD	47	39	86	45%	17	44%	0,36
IOC	649	248	897	28%	105	42%	0,16
IRR	153	66	219	30%	10	15%	0,07
IFF	924	343	1.267	27%	193	56%	0,21
INI	325	288	613	47%	228	79%	0,70
CECAL	80	102	182	56%	25	25%	0,31
INCQS	234	-	234	-	-	-	-
Biomanguinhos	283	1.204	1.487	81%	1.045	87%	3,69
Farmanguinhos	221	789	1.010	78%	526	67%	2,38
COC	158	80	238	34%	51	64%	0,32
ICICT	178	87	265	33%	45	52%	0,25
TOTAL	5.101	6.784	11.885	57%	3.073	45%	0,60

Fonte: COGEPE, 2014.

Portanto, torna-se evidente o impacto da terceirização para o cumprimento das atividades desta instituição, tanto pelos dados quantitativos (representando mais da metade da força total de trabalho), quanto pela análise sobre que tipo de atribuições estes profissionais têm. Freitas (2007) chama a atenção para o fato de que “terceirizações podem gerar conflitos entre os funcionários efetivos e os prestadores de serviços, criando um ambiente de primeira e

segunda classes para algumas categorias, o que estimula humilhações e exclusões.” (FREITAS, 2007, p. 03).

Um problema que cria dificuldades adicionais é a subnotificação, em nível nacional, de acidentes de trabalho e prevalência de doenças ocupacionais. Em uma pesquisa realizada pela FUNDACENTRO (MTE, 2013) foi descoberta uma enorme discrepância entre os dados relacionados a acidentes de trabalho da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde, e aqueles dados registrados na base de dados do Ministério da Previdência Social (MPS).

A Tabela 4 apresenta um resumo dos resultados da pesquisa, mostrando a distribuição dos trabalhadores estimados de terem sofrido acidente de trabalho nos últimos 12 meses na PNS e número de acidentes de trabalho registrados na Previdência Social, segundo unidade da federação, em 2013.

TABELA 4 - RAZÃO ENTRE ESTIMATIVAS DE ACIDENTADOS E OS DADOS DO INSS

UF	PNS	Previdência	Razão
	(1)	(2)	(1/2)
Brasil	4.948.000	717.911	6,89
Rondônia	45.000	6.220	7,23
Acre	15.000	1.158	12,95
Amazonas	88.000	8.498	10,36
Roraima	13.000	737	17,64
Pará	319.000	12.149	26,26
Amapá	15.000	1.042	14,40
Tocantins	35.000	1.471	23,79
Maranhão	195.000	4.958	39,33
Piauí	73.000	4.297	16,99
Ceará	194.000	13.465	14,41
Rio Grande do Norte	69.000	6.816	10,12
Paraíba	79.000	5.016	15,75
Pernambuco	203.000	20.483	9,91
Alagoas	63.000	6.473	9,73
Sergipe	48.000	3.192	15,04
Bahia	358.000	21.525	16,63
Minas Gerais	575.000	77.252	7,44
Espírito Santo	63.000	13.695	4,60
Rio de Janeiro	257.000	51.036	5,04
São Paulo	903.000	248.928	3,63
Paraná	395.000	52.132	7,58
Santa Catarina	218.000	46.354	4,70
Rio Grande do Sul	294.000	59.627	4,93
Mato Grosso do Sul	69.000	11.402	6,05
Mato Grosso	102.000	13.920	7,33
Goiás	185.000	17.158	10,78
Distrito Federal	74.000	8.907	8,31

Fonte:

FUNDACENTRO, 2013, p. 7.

A FUNDACENTRO (2013, p. 01) sugere em sua análise que esta diferença se deve à já conhecida subnotificação do registro de acidentes, ao tipo de dado resultante de cada pesquisa, e à baixa taxa de formalização do emprego, sendo este último fator o responsável pelas maiores razões entre as da região Norte e Nordeste.

Considerando que a maior parte dos trabalhadores da Fiocruz se concentra no Rio de Janeiro, ainda assim a subnotificação do Estado fica na ordem de 5,04, o que significa que – na média – para cada 5 acidentes, apenas um é notificado.

O referido estudo (Citado acima, p. 03, grifo do autor) também aponta que:

“O sistema de informação da Previdência Social abrange os trabalhadores com vínculo sob a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), segurados do Seguro de Acidente do Trabalho (SAT). Neste sistema, há a premissa de que a **empresa de vínculo deve fazer a notificação** (...). Somando-se a um sistema pericial falho com baixa sensibilidade para captar as centenas de tipos de adoecimentos ocupacionais previstos em legislação, **há uma enorme e persistente subnotificação de acidentes de trabalho.**”

Desta maneira, há evidências de que a responsabilidade das empresas que contratam empregados pela via da CLT de comunicar os acidentes não está sendo cumprida, cabendo aos fiscais de contrato zelar pelo cumprimento da legislação de Saúde e Segurança e da missão institucional da Fiocruz.

Portanto, aponta-se que o Brasil possui uma rede de proteção social, onde se destaca o papel da Seguridade Social (Previdência, Assistência e Saúde). Segundo Oliveira (2008), os acidentes de trabalho possuem um profundo impacto sobre a produtividade econômica, bem como produzem um efeito substancial sobre o sistema de proteção social brasileiro. Eles representam enormes custos humanos e sociais (incluindo os trabalhadores, suas famílias e para as próprias empresas), pouco conhecidos e quantificados no Brasil. Além disso os acidentes de trabalho também influenciam o nível de satisfação do trabalhador e a sensação de bem-estar social. De acordo com o Portal do INSS, a Previdência é:

“Um seguro que garante a renda do contribuinte e de sua família, em casos de doença, acidente, gravidez, prisão, morte e velhice. Oferece vários benefícios que juntos garantem tranquilidade quanto ao presente e em relação ao futuro assegurando um rendimento seguro. Para ter essa proteção, é necessário se inscrever e contribuir todos os meses.” (Brasil, INSS)

Portanto, quanto maiores os níveis de sinistralidade, mais caro o sistema fica. Em outras palavras, grande parte da carga dos adoecimentos e acidentes de trabalho se convertem em custo para a própria Administração Pública, pois o cofre público federal é único.

Oliveira (2008, p. 03-04), explica a relação entre o comportamento de muitas empresas e como isso impacta nos custos públicos:

“Parte deste “custo do ambiente do trabalho” afeta negativamente a competitividade das empresas, devido ao aumento dos custos indiretos da mão-de-obra, o que se reflete no preço dos produtos. Por outro lado, o incremento das despesas públicas com previdência, reabilitação profissional e saúde reduz a disponibilidade dos recursos orçamentários para outras áreas ou induz o aumento da carga tributária sobre a Sociedade.

Algumas empresas afastam trabalhadores, e muitas vezes os despedem logo após a concessão do benefício. Com isso, o trabalhador se afasta, já sendo portador de doença crônica desencadeada no labor e o desemprego poderá se prolongar à medida que, não consegue novo emprego, pois é reprovado ao se submeter ao exame admissional, no qual serão “aptos” apenas aqueles não portadores de enfermidades ou susceptibilidades.”

A se compreender esta lógica, pode-se inferir que o cuidado e os avanços no Campo da Saúde do Trabalhador (evitando/mitigando agravos à saúde e acidentes de trabalho) potencialmente impactariam positivamente sobre as contas públicas, de maneira que se trata também de uma questão econômica, além das evidentes questões social, moral e ética.

Além da contribuição acadêmica, esse tipo de exploração da realidade da terceirização na APF tem o potencial de contribuir socialmente expondo os problemas decorrentes desta relação precarizada, bem como iniciar a discussão de soluções no âmbito da gestão pública.

1.4 Delimitação do estudo

Considerando que o objeto de estudo se situa no âmbito da Administração Pública Federal, a pesquisa foi realizada em uma fundação autárquica vinculada ao Ministério da Saúde, que atua nas áreas de ciência e tecnologia para a Saúde Pública, que está presente em 10 estados do Brasil e que possui grande número de empregados em situação de terceirização.

Tendo em vista a complexidade do tema e da organização estudada, que possui uma força de trabalho de aproximadamente 12.000 trabalhadores, tendo entre suas unidades 2

escolas, 2 unidades de produção de insumos estratégicos para a saúde, 1 unidade de produção de animais de laboratório e diversos institutos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, o estudo de delimita às unidades do Rio de Janeiro, no campus principal em Mangueiras.

Cabe ressaltar que o presente estudo não aborda análises epidemiológicas ou pesquisa doenças específicas, mas sim explora os elementos que surgem desta forma específica de contratação e que trazem impactos nos processos de saúde-doença dos trabalhadores terceirizados.

Este trabalho é uma exploração única, no entanto, não fechada. Considerando que as regras gerais sobre saúde e segurança ocupacionais, bem como a legislação sobre contratações públicas são de caráter nacional, as discussões do presente estudo, bem como suas conclusões, apontam para uma potencial replicação deste trabalho (todo, ou em parte) em outros órgãos, institutos e empresas públicas.

2. MARCO TEÓRICO

Neste capítulo são estudadas as diversas teorias, conceitos e construtos que norteiam a exploração da realidade das relações de saúde-doença dos profissionais terceirizados na Administração Pública Federal.

2.1 A Evolução da Saúde do Trabalhador

A trajetória da história da Saúde do Trabalhador como campo do conhecimento se estendeu por mais de um século e continua evoluindo. Serão discutidos nesta seção as mudanças que ocorreram, os fatores que as impulsionaram e a visão contemporânea de Saúde do Trabalhador.

2.1.1 A Medicina Industrial

É possível identificar o nascimento da especialidade médica em medicina do trabalho na Inglaterra, no século XIX, em plena Revolução Industrial (MENDES & DIAS, 1991), quando a força de trabalho vinha sendo consumida por um sistema acelerado e desumano de produção industrial. Obviamente isso se tornava um problema sério que ameaçava a viabilidade do próprio sistema produtivo.

O primeiro modelo que surge coloca um médico dentro da indústria, com a missão de visitar as unidades e buscar influências negativas sobre a saúde dos trabalhadores que pudesse ser evitada. Neste modelo, o médico passaria a ter autoridade sobre a saúde dos trabalhadores e a ser o único responsável (no lugar do dono do negócio) por quaisquer problemas de saúde dos trabalhadores. Nesta época então, surge o primeiro serviço de medicina do trabalho, contendo os seguintes elementos básicos:

- Deveriam ser dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário;
- Que fossem defender o empresário;
- A transferência da responsabilidade do empresário para o médico pelos problemas de saúde;
- Centralidade na figura do médico;

- A prevenção dos danos à saúde resultantes de risco do trabalho seria tarefa iminentemente médica. (MENDES & DIAS, 1991)

Esse modelo se expandiu pelo mundo rapidamente, em conjunto com a industrialização e, considerando um cenário de grande carência de acesso da classe trabalhadora aos serviços médicos em geral, por vezes era o único acesso do trabalhador e sua família à medicina (MENDES & DIAS, 1991). Criava-se uma grande dependência, pois estar empregado poderia significar possibilidade de cuidados médicos.

No IV Congresso Internacional sobre Acidentes Ocupacionais, realizado em 1910, em Bruxelas, observa-se que a Saúde do Trabalhador não era ainda uma preocupação no mundo industrializado, mesmo no contexto de países mais avançados. Este congresso marcou o início de um movimento de ação conjunta de lideranças dos vários níveis político-sociais para que o assunto fosse tratado colocando o homem enquanto assalariado e sujeito da produção. (ANDRADE, 2009)

Naturalmente a lógica estabelecida pela medicina do trabalho encontrou ressonância no pensamento da Administração Científica e no foco pelo aumento da produtividade, na redução de “movimentos inúteis” e pela divisão do trabalho. De fato, com as reorganizações sucessivas do trabalho e a cada vez mais presente mecanização, a indústria viveu saltos de produtividade.

Os serviços de medicina do trabalho contribuíram de várias formas, desde a escolha da mão-de-obra que provavelmente seria menos geradora de absenteísmo, interrupção de produção, custos de obrigações sociais; até o forte controle do absenteísmo através da análise das faltas, doenças e acidentes. Os acidentes e as doenças decorrentes de uma relação mecanicista com o trabalho e as tecnologias continuaram sendo um sério problema, ao ponto de dificultar a recuperação no período pós Segunda Guerra Mundial. Com o crescente questionamento do modelo convencional de medicina do trabalho e a impotência para lidar com os problemas de saúde efetivamente causados pelos processos produtivos, e pelos crescentes custos diretos e indiretos dos mesmos, surge cada vez mais a demanda por mudanças de foco de atividade (MENDES & DIAS, 1991).

2.1.2. O surgimento da Saúde Ocupacional

A Saúde Ocupacional surge nas grandes empresas como uma resposta progressivamente multiprofissional, trazendo outros saberes para o campo de estudo. A ideia básica é que não

basta tratar do paciente-trabalhador, como havia sido feito no passado, sem a alteração no ambiente de trabalho, provável fonte de muitos agravos à saúde.

A racionalidade de intervir nos locais e processos de trabalho com a finalidade de controlar os chamados riscos ambientais e, portanto, trazendo a engenharia e profissões tradicionalmente consideradas exatas, para o campo da Saúde. O assunto “Saúde Ocupacional” passa então a ser análogo a um banco de três pernas, sendo que uma representa a engenharia e as ciências exatas; a segunda as ciências médicas; e a terceira as ciências sociais. Sem um deles, não há equilíbrio.

Nota-se, portanto, que a lógica da Saúde Ocupacional ainda não trazia o trabalhador ao protagonismo dos processos de saúde-doença, e isso continua não acontecendo em situações e locais onde o sujeito não possui uma voz ativa sobre os riscos e processos de trabalho.

O trabalhador que não percebe contextualmente o seu trabalho e suas implicações no mesmo, não consegue construir estratégias de enfrentamento, podendo favorecer um processo de adoecimento, sofrimento e distanciamento. Desse modo, ao discutir saúde do trabalhador, não se pode desconsiderar o indivíduo como sujeito de suas ações, ativo na produção de sua própria saúde, tanto nas relações que estabelece com o meio, com o posto de trabalho, como com as reflexões e escolhas que faz para si mesmo. Isso não significa atribuir ao indivíduo a responsabilidade do processo, mas marcar o lugar do trabalhador como importante elo para as produções subjetivas e engendradas na nossa sociedade. (MARQUES, MARTINS, & SOBRINHO, 2011, p. 673).

No caso do Brasil, um marco importante nesta jornada foi a criação – em 1966 - da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), durante o Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes, realizado em São Paulo. A referida fundação, vincula ao Ministério do Trabalho e Emprego, passou a realizar pesquisas e desenvolvimento de normas para regulação do trabalho.

A legislação trabalhista brasileira foi sendo criada ao longo do tempo, as relações de trabalho regulamentadas, em especial com a implantação da Consolidação das Leis do Trabalho CLT foi formalizada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e sancionada pelo presidente Getúlio Vargas, durante o período do Estado Novo.

Um destaque importante é a Norma Regulamentadora (NR) 04, que normatiza os serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho, cuja primeira publicação foi em 1978, com sua mais recente atualização em 2016 (pela Portaria MTPS n.º 510/2016).

Já em seu primeiro artigo, ela define:

As empresas **privadas e públicas**, os **órgãos públicos da administração direta e indireta** e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, manterão, **obrigatoriamente**, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. (BRASIL, NR 04, item 4.1, grifo nosso).

Podemos então depreender desta norma que existe uma obrigação legal de se manter serviços com a finalidade de “promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador”, mesmo no ambiente público que é nosso objeto deste estudo.

Assim sendo, é possível perceber a contribuição do modelo da Sade Ocupacional ao trazer diversos saberes para compor o campo, buscando atuar fortemente nas causas percebidas, os chamados fatores de risco. Notadamente no campo dos efeitos nocivos dos produtos químicos, das perdas auditivas causadas por ruído, da introdução de medidas de controles e do avanço da legislação trabalhista na área de segurança do trabalho. Porém, operando ainda de maneira muito estanque, no estilo em cada profissional contribui cuidando de sua parte, por exemplo o médico examinando, o técnico de segurança fazendo medições, o engenheiro estabelecendo procedimentos etc.

O modelo da Saúde Ocupacional trouxe inovação na maneira de se buscar as soluções para os problemas de natureza ocupacional. Segundo Mendes e Dias (1991), ainda não conseguia atingir os objetivos propostos pelas seguintes razões:

- O modelo continuava firmemente assentado no mecanicismo;
- Apesar de trazer outras profissões, não concretiza o apelo pela interdisciplinaridade: há desarticulação entre os atores (médico do trabalho, engenheiro de segurança etc.);
- Os processos de trabalho e as tecnologias de produção evoluem mais rápido do que o avanço na produção de conhecimento formal e a formação dos profissionais;
- O trabalhador visto como objeto das ações de saúde, mesmo com o avanço da visão mais coletiva do modelo; (MENDES & DIAS, 1991).

Existem também uma série de fenômenos no mundo do trabalho que causam adoecimento sem passar por questões químicas ou físicas diretamente, e especificamente quando se discute saúde mental no trabalho isso fica mais evidente. As condições de trabalho

precarizadas e/ou sob violência (aqui em sentido amplo), esvaziamento do sentido do trabalho, conflitos com múltiplas chefias, podem ter efeitos nefastos sobre a saúde dos trabalhadores. No caso do esvaziamento de sentido do trabalho, este é elemento central na Síndrome de *Burnout*, por exemplo (FRANCO, DRUCK, SELIGMANN-SILVA, 2010).

No caso brasileiro, a participação de profissionais de diversas áreas foi imprescindível para o desenvolvimento de estudos em Saúde Ocupacional. Um exemplo, foi realizado em 1979 um estudo sobre os efeitos dos agrotóxicos em plantações de cana-de-açúcar, que teve a participação da Fundação Getúlio Vargas e a Coordenação de Pós-Graduação em Engenharia da UFRJ. A análise detalhada de todas as etapas do processo produtivo revelou a presença de substâncias tóxicas e como eram utilizadas. Neste estudo foi possível perceber que o sujeito não mais era passivo em suas relações com a natureza, mas que a produção e saúde se remetem ao ambiente que, passando pelas transformações do processo produtivo, poderá produzir novos riscos à saúde do trabalhador e de outros que nem participam diretamente da relação de trabalho. (TAMBELLINI, ALMEIDA e CAMARA, 2013).

Sob a visão da Saúde Ocupacional, ainda não se valorizava a participação ativa do trabalhador, ele não teria – em regra – controle sobre o seu trabalho. Esse controle exercido pelas chefias no interior das unidades produtivas, “por meio de velhos ou novos padrões de gestão da força de trabalho, respectivamente, taylorismo, fordismo e neotaylorismo, pós-fordismo, toyotismo, redundam na constituição de coletivos diferenciados de trabalhadores e de uma multiplicidade de agravos potenciais à saúde.” (MINAYO-GOMEZ, THEDIM-COSTA, 1997, p.24)

Daphnis Souto (1977), sanitarista e médico do trabalho, em meio ao crescimento da Saúde Ocupacional no Brasil, já alertava no século passado:

“Começamos agora e outra não tem sido a evolução do assunto, no momento ainda sob a tutela da Portaria No 3.460, de 31.12.1975, do Ministério do Trabalho, que trata da criação de serviços de segurança, higiene e medicina do trabalho nas empresas. Apesar de seus acertos e objetividade, esta portaria ainda não "cobriu todo o terreno", como também não o fizeram aquelas outras que a precederam.” (SOUTO, 1977)

Por fim, convém pontuar que as estruturas formais privadas de saúde ocupacional não cobrem os trabalhadores informais que, na ausência ou falha na fiscalização podem ser

subcontratados por empresas vencedoras de licitação, bem como os bolsistas de projetos de pesquisa (não cobertos pela CLT), o que traz precariedade às relações de trabalho.

2.1.3. O surgimento da Saúde do Trabalhador

Com o surgimento e posterior crescimento de diversos movimentos sociais em países industrializados, como Alemanha, França, Inglaterra, EUA e Itália durante a segunda metade do Século XX, houve grandes questionamentos de valores anteriormente estabelecidos, entre eles o lado sagrado do trabalho (MENDES & DIAS, 1991). Estes movimentos levaram à exigência da participação dos trabalhadores nas questões trabalhistas, notadamente Saúde e Segurança do trabalho.

O caso Italiano, que mais tarde iria influenciar fortemente o Novo Sindicalismo Brasileiro, resultou na criação do “Estatuto dos Trabalhadores”, que asseverava, por exemplo:

- Não delegação da vigilância em Saúde ao Estado;
- Não monetização do risco;
- Validação do saber dos trabalhadores;
- Melhoramento das condições de trabalho;
- Realização de investigações e estudos independentes sobre acidentes e doenças (MENDES & DIAS, 1991).

Diversas legislações foram sendo elaboradas em outros países, como EUA, Canada, e Noruega, tendo como pontos centrais o direito à informação, o que inclui a obtenção de respostas às perguntas relevantes para os trabalhadores, como, por exemplo:

- ✓ Qual a natureza dos riscos aos quais o trabalhador está submetido?
- ✓ Quais as medidas de controle que estão sendo aplicadas?
- ✓ Quais os resultados dos exames médicos?
- ✓ Quais são os resultados das avaliações ambientais (calor, frio, químicos, vibrações, riscos biológicos etc.)?

Esse conjunto de medidas, tomadas por outros países e resultantes de movimentos e reivindicações veio fazendo com que cada vez mais o trabalhador passe a ter um certo grau de centralidade, não somente como objeto das ações, mas como um ator participante das decisões.

O fato de estar informado sobre os riscos, que não mais ficariam em planilhas nas salas dos gerentes e engenheiros de segurança, mas sim nas paredes das fábricas e em relatórios com caráter público, faz com que os trabalhadores possam compreender melhor os riscos e participar das ações de controle e mitigação. Em outras palavras, munido de informação e participando do processo, o trabalhador poderia - em tese — ser um dos responsáveis por sua própria Saúde. Um direito que surge, de certa forma, como uma consequência do acesso a informação sobre os riscos é o direito de recusa ao trabalho em condições de risco grave à saúde ou a vida do trabalhador.

Um exemplo de informação sobre os riscos está na publicização dos mesmos por meio de mapas de riscos, previstos na Norma Regulamentadora 05 (MTE), e que Mattos e Freitas (1994) definem como:

“Uma representação gráfica de um conjunto de fatores presentes nos locais de trabalho, capazes de acarretar prejuízos à saúde dos trabalhadores. Tais fatores se originam nos diversos elementos do processo de trabalho (materiais, equipamentos, instalações, suprimentos, e nos espaços de trabalho, onde ocorrem as transformações) e da forma de organização do trabalho (arranjo físico, ritmo de trabalho, método de trabalho, turnos de trabalho, postura de trabalho, treinamento etc.).” (MATTOS e FREITAS, 1994, p. 251)

A Saúde do Trabalhador é então, uma construção coletiva de profissionais de saúde, pesquisadores, trabalhadores e outros. Segundo Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997), a saúde do trabalhador teria:

“Um percurso próprio dos movimentos sociais, marcado por resistência, conquistas e limitações nas lutas coletivas por melhores condições de vida e de trabalho; pelo respeito/desrespeito das empresas à questionável legislação existente e pela omissão do Estado na definição e implementação de políticas nesse campo, bem como sua precária intervenção no espaço laboral. ” (MINAYO-GOMEZ, THEDIM-COSTA, 1997, p.24)

Também muito relevante é o direito a participação dos trabalhadores nos processos decisórios, como, por exemplo, o direito a consulta prévia que surge em alguns países, no caso de mudança tecnológica ou de métodos e processos de trabalho e a participação na escolha dos profissionais que atuarão nos serviços de saúde do trabalho. (MENDES & DIAS, 1991).

No caso do Brasil, essa participação surge na própria Legislação Trabalhista, inicialmente criada em 1945 (Portaria 229/45), na forma da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes). Houve várias atualizações e a regulamentação atual consta na Norma

Regulamentadora No 05 do Ministério do Trabalho. Ela assevera que o objetivo das CIPAs deverá ser: “prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.” (NR5, MTE,1977). De composição mista, com representantes dos empregadores e dos empregados, estas comissões devem participar ativamente de uma série de atividades em parceria com os serviços de segurança e medicina do trabalho visando a análise de acidentes, a mitigação e riscos, o estabelecimento de objetivos e metas de saúde e segurança.

Cabe ressaltar, que existem propostas para tornar as CIPAs mais efetivas, a exemplo do que já preconizava a II Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador, que as comissões deveriam ter como atribuições:

- a) interferir nas formas de produção e de organização do trabalho;
- b) garantir o direito de informação permanente sobre matérias de saúde, segurança e meio ambiente a todos os trabalhadores;
- c) garantir o direito de recusa, de embargo e interdição frente aos riscos que afetam a integridade física e/ou psíquica dos trabalhadores. (II CNST, 1994, p 31).

A Administração Pública, em tese responsável pela implementação das políticas de saúde nacionais, não está imune à problemática em questão, muito pelo contrário. Segundo Andrade (2009, p.01), “historicamente, as políticas públicas voltadas para a Saúde do Trabalhador no Brasil não tiveram, até 2005, nenhuma atenção, organizada em nível federal, direcionada aos ambientes e processo de trabalho, que garantisse a saúde integral ao servidor público.” Ainda são observadas severas lacunas no cuidado com os trabalhadores, sejam servidores públicos ou não.

2.1.4. Caracterização da Saúde do Trabalhador

Enquanto o modelo da Saúde Ocupacional focalizava o indivíduo (seu adoecimento, os limites de tolerância etc.), o objeto da Saúde do Trabalhador é processo de saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Há um rompimento com a lógica de causalidade entre agentes específicos e o adoecimento, que fracassam em explicar uma série de fenômenos observados no mundo do trabalho. Existe uma busca pela compreensão sobre o adoecer e morrer dos trabalhadores através do estudo dos processos de trabalho. As

subjetividades e representações sociais passam a incorporar o campo de estudo e a nova perspectiva assume o trabalho como organizador da vida social e como espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital (MENDES & DIAS, 1991).

Uma característica marcante do modelo de Saúde do Trabalhador é a participação do mesmo na busca do controle sobre as condições e ambientes de trabalho. Mesmo sendo um processo lento, contraditório, onde os trabalhadores buscam o reconhecimento pelo seu saber, exercitam sus direitos a informação e a recusa de condições perigosas. Assim o campo das relações entre trabalho e saúde é: “um campo de atividades teóricas e práticas, subordinado de maneira abrangente e complexa às relações capital/trabalho (..)” (TAMBELLINI, ALMEIDA, e CAMARA, 2013).

A preocupação com a saúde do trabalhador ganha corpo com o início da **Medicina do Trabalho**, abordagem que se restringe a uma visão biológica e individual do trabalhador. Este conceito foi sendo substituído pelo de **Saúde Ocupacional**, em que o ambiente no qual o trabalhador está inserido passa a ser considerado na relação saúde/doença, iniciando um movimento de prevenção. Na atualidade, a referência é a **Saúde do Trabalhador** que traz uma mudança conceitual, relacionando a saúde com o processo de trabalho, considerando a subjetividade do trabalhador. As organizações convivem hoje com formas híbridas dos três modelos citados. (MARQUES, MARTINS, & SOBRINHO, 2011, p. 672, grifo do autor)

É importante destacar que não se trata de abandonar qualificação técnica e tecnológica que se obteve com o avanço da Saúde Ocupacional, trata-se então de reconhecer que há múltiplas formas de processos de saúde e doença e não necessariamente existe um determinado agente químico ou físico que explica uma epidemia de lesões musculoesqueléticas por exemplo.

Trata-se, portanto, da valorização da interdisciplinaridade, pois as causas do adoecimento são múltiplas.

“ (O trabalhador) ficará exposto à ação patogênica de determinadas substâncias físicas, químicas e biológicas, determinadas maneiras de uso e desgaste de seu corpo no processo de produtivo e de determinadas relações sociais potencialmente lesivas à saúde também aí presentes. Esta exposição desencadeará doenças específicas, de acordo com a ação morbígena destes condicionantes - as chamadas doenças ocupacionais e/ou relacionadas ao trabalho. (...)”

Combina-se a essas exposições outras situações de risco presentes na vivência do trabalhador fora de seu microambiente de trabalho. Essas situações se patenteiam nas próprias condições de vida destes trabalhadores, em que se incluem as condições do meio ambiente natural, transformadas pelos processos produtivos, ou seja, nas decorrências diretas e indiretas dos processos de produção existentes.” (TAMBELLINI, ALMEIDA, CAMARA, 2013, p.34)

Os profissionais que atuam no campo da Saúde do Trabalhador se propõem a estudar e adotar políticas dentro da perspectiva de múltiplos olhares sob os processos de trabalho e adoecimento, bem como ter o trabalhador como atuante na construção das relações de trabalho e, por fim, da sua própria saúde. Já são notórios no campo os nexos causais entre os processos de produção e a saúde, bem como a necessidade de mitigação dos danos por meio de medidas preventivas. Assim sendo, os:

Projetos educacionais ou a adoção de estratégias que focam a prevenção nos ambientes laborais, através de várias metodologias como programas de educação continuada, palestras, informativos, exames periódicos, redução de riscos, correções ergonômicas, e outros, são significativos para melhoria da saúde do trabalhador e da produtividade da empresa. (MARQUES, MARTINS, & SOBRINHO, 2011, p. 673)

Sintetizando, compreende-se Saúde do Trabalhador como “um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum.” (MINAYO-GOMEZ, THEDIM-COSTA, 1997, p.25)

Destaca-se então o enorme desafio para os gestores públicos de promoverem na APF um ambiente mais saudável, em meio a tantos problemas estruturais, desde entraves burocráticos, até a insegurança jurídica. No recorte deste estudo as relações de terceirização trazem características que potencializam os riscos, como o distanciamento contratual do trabalhador terceirizado e a APF.

Essa compreensão ampla do conceito de Saúde do Trabalhador é necessária para a compreensão das condições de contratação dos empregados terceirizados, e em nossa busca por fatores que possam impactar na saúde.

2.2. A reforma do Estado Brasileiro e o crescimento da terceirização

Ao se considerar as reformas administrativas do Estado Brasileiro, especificamente àquela proposta no Governo de Fernando Henrique Cardoso, percebe-se que o estado intervencionista estava sendo questionado nos anos 1990, e um novo modelo estava sendo

proposto, com outro tamanho e funções, tendo então como objetivo fundamental criar as condições para que nossa economia melhorasse sua capacidade de competir internacionalmente (BRESSER-PEREIRA, 1998).

“A regulação e a intervenção continuam necessárias, na educação, na saúde, na cultura, no desenvolvimento tecnológico, nos investimentos em infra-estrutura - uma intervenção que não apenas compense os desequilíbrios distributivos provocados pelo mercado globalizado, mas principalmente que capacite os agentes econômicos a competir a nível mundial. A diferença entre uma proposta de reforma neoliberal e uma social democrática está no fato de que o objetivo da primeira é retirar o Estado da economia, enquanto que o da segunda é aumentar a governança do Estado, é dar ao Estado meios financeiros e administrativos para que ele possa intervir efetivamente sempre que o mercado não tiver condições de coordenar adequadamente a economia.” (BRESSER-PEREIRA, 1998, p.01)

Nesta lógica, o Estado precisava ser reduzido, passando então à iniciativa privada aquelas atividades consideradas não-exclusivas (ou não estratégicas). Em um primeiro momento esse processo se concentrou em privatização de serviços públicos e empresas estatais, bem como o incentivo a demissão voluntária e até mesmo a exoneração de servidores não estáveis. Desta maneira a contratação de terceirização foi a escolha da APF para assumir grande parte das atividades anteriormente executadas por servidores públicos. Essa modalidade de contratação de pessoal se expandiu muito desde meados dos anos 1990, em consonância com os princípios da reforma administrativa. (FREITAS e MALDONADO, 2013).

O sentido da terceirização segue uma lógica de especialização, onde a APF transfere por meio de contratos administrativos as atividades consideradas auxiliares, de maneira que a organização pública poderia então concentrar esforços e servidores públicos no cumprimento das finalidades institucionais.

Segundo Celso Antônio Bandeira de Mello (2016),

Terceirização significa, pura e simplesmente, passar para particulares tarefas que vinham sendo desempenhadas pelo Estado. Daí, que este rótulo abriga os mais distintos instrumentos jurídicos, já que se pode repassar a particulares atividades públicas por meio de concessão, permissão, delegação, contrato administrativo de obras, de prestação de serviços etc. Com isto, é bem de ver, falar em terceirização não transmite ao interlocutor a mínima ideia sobre aquilo que está de direito a ocorrer. Isto é, não se lhe faculta noção alguma sobre a única coisa que interessa a quem trata com o Direito: a identificação de um regime jurídico incidente sobre a espécie cogitada. (MELLO, 2016, p.230).

Como é possível perceber, há múltiplos sentidos para o uso do termo **terceirização** na esfera pública, então delimitaremos para os efeitos deste estudo o uso do termo **terceirização** como a contratação de empresas privadas pela APF, via de regra por meio de licitação pública (em suas várias formas e modalidades), deixando de fora as demais formas aceitas no ordenamento jurídico.

Neste estudo busca-se compreender estas questões e identificar àquelas que podem trazer riscos à saúde dos trabalhadores, seja diretamente (trabalho em condições inseguras), ou indiretamente (condições degradantes).

Do ponto de vista formal, não existe relação direta entre o empregado terceirizado e a APF, sendo esta uma relação intermediada pela empresa contratada para prestar os serviços. Desta maneira se configura uma relação triangular empregado-empregador-APF, onde o empregado é parte mais frágil da relação. (FREITAS e MALDONADO, 2013).

Surge também a questão do duplo poder de mando, visto que (formalmente) o empregado tem um chefe em sua empresa, mas que – dependendo do contrato e da atividade – torna-se figura ausente no local de trabalho com frequência, de maneira que no dia-a-dia o empregado fica sob a supervisão de um chefe local.

É possível também observar em campo que as empresas vencedoras das licitações frequentemente não possuem elevada expertise ou capacidade de gestão, e isso se explica em parte pela maneira como elas vencem o pregão eletrônico: o critério do preço mais baixo. Jorge da Hora (2011) destaca essa questão no caso da Fiocruz:

“ (A Fiocruz) tem enfrentado dificuldades em gerir sua força de trabalho com equidade e justiça social, principalmente por ser o seu quadro composto majoritariamente por trabalhadores terceirizados. Pela via da justiça social e da proteção dos direitos do trabalhador, o aparato jurídico que rege as contratações em processos licitatórios ainda está muito voltado à minimização de custos. Isso pode ser verificado in loco pela modalidade de licitação atualmente utilizada para as contratações com terceiros na prestação de serviços. (Da Hora, 2011)

Outra questão que é notada no é que frequentemente as máquinas, as ferramentas, os veículos que os empregados terceirizados operam não pertencem à sua empresa, e sim, à APF. Em outras palavras, são patrimônio público, com regras próprias de posse, utilização e responsabilidade pela conservação. Um exemplo corriqueiro: os motoristas que dirigem os veículos da frota pública. Se o veículo está com os documentos atrasados? Se o carro não está

com a manutenção em dia? Se ele possui problemas mecânicos? São questões que fogem ao contrato, mas não desobrigam o motorista a cumprir suas tarefas no dia-a-dia, potencialmente causando uma série de problemas.

O mesmo problema surge quando empresas empregam mão-de-obra residente em local insalubre ou perigoso: a empresa não tem responsabilidade sob a gestão do local físico, mas tem responsabilidade sobre a saúde dos trabalhadores.

Assim, é possível identificar o grande desafio de se fazer gestão de trabalho eficiente e eficaz na APF, considerando a existência de diversas modalidades de contratos. Jorge da Hora (2011) aponta que se entende gestão do trabalho como um implementador da cidadania, que tem como parâmetros:

- a) Em relação ao uso, as condições de contratação e jornada de trabalho;
- b) Em relação à remuneração, o estabelecimento de políticas e reajustes salariais e de piso salarial;
- c) Em relação à proteção social, a garantia de direitos sociais e trabalhistas, de política previdenciária, de formação e qualificação profissional, de ação sindical e de justiça do trabalho (DA HORA, 2011).

No que tange aos processos de gestão que levam a um bom desfecho nas melhorias das condições de saúde dos trabalhadores, Carlos Minayo-Gomes e Sônia Thedim-Costa (1997) asseveram que se faz necessária:

“A junção do conhecimento técnico com o saber/experiência dos trabalhadores na procura e adoção de medidas impreteríveis, que evoluam para atingir soluções decisivas quanto aos agravos à saúde constatados. Não se trata apenas de obter adicional de insalubridade ou periculosidade (“monetarizar riscos”), de instalar equipamentos de proteção, de diagnosticar nexos causais entre o trabalho e a saúde com vistas a obter benefícios da previdência social, embora tais procedimentos possam representar etapas de uma luta maior que é chegar às raízes causadoras dos agravos, à mudança tecnológica ou organizativa que preside os processos de trabalho instaurados.” (MINAYO-GOMEZ, THEDIM-COSTA, 1997, p.26)

Diante da complexidade da gestão de uma força de trabalho mista, com múltiplos vínculos (servidores e empregados públicos, empregados terceirizados, bolsistas etc.), surgem dificuldades. Na próxima seção é exposta como funciona a fiscalização destas relações.

2.3. A fiscalização e gestão dos contratos públicos

Para que se tenha entendimento sobre como se administram esses contratos fornecimento de com mão-de-obra, faz-se necessária compreensão de como os mesmos são gerenciados no âmbito da Administração Pública Federal.

A regra geral da iniciativa privada é que o gestor pode fazer tudo aquilo que a Lei não proíba, Lei aqui entendida em sentido amplo (Constituição Federal, legislação ordinária, decretos, regras formais da empresa etc.). Esta regra geral decorre do Art. 5º, Inciso II da CF88: “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (BRASIL, 1988).

Segundo Gustavo Knoplock (2014), esse direito individual garante que aos particulares fazer tudo o que não for expressamente proibido e é por conta disso que há a decorrência no Direito Penal: “não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal” (KNOPLOCK, 2014, p. 68). Em outras palavras, ao particular, é permitido ter comportamentos que, mesmo sendo indesejáveis socialmente, não podem ser proibidos sem prévia Lei que os proíba.

Já o gestor público, como qualquer servidor público, está limitado pelos ditames do Princípio da Legalidade, que dentro da Administração Pública restringe a ação do agente público em aquilo que é autorizado ou comandado por lei, pelos meios e formas que por ela estabelecidos e sempre observando o interesse público (CARDOSO, 2014, KNOPLOCK, 2014). Esta rigidez na APF impacta na gestão dos contratos de terceirização, pois o gestor ou fiscal do contrato fica extremamente limitado em sua atuação.

No mercado privado (Direito Privado) seria legítimo convocar os fornecedores e renegociar cláusulas contratuais, alterar parâmetros de cumprimento do contrato, ajustar as condutas dos empregados aos valores da empresa, ou mesmo realizar reuniões informais para discutir a qualidade dos serviços prestados. O entendimento desta diferença nos permite conceber que para coibir os comportamentos ilegais, as falhas operacionais, ou tomar qualquer ação efetiva na relação com empresas através de contratos públicos, estes precisam trazer cláusulas específicas.

A relação de fiscalização de contratos está regulamentada em leis e normas federais, principalmente nas instruções normativas (INs) emitidas pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG).

A IN 05 MPDG, de 26 de maio de 2017, é a referência mais atual em termos de regulamentação do relacionamento entre a APF suas empresas prestadoras de serviços, e ela define que obrigatoriamente a APF deve proceder com fases de:

- a) Planejamento da Contratação, subdividido em estudos preliminares; gerenciamento de riscos; e elaboração do termo de referência ou projeto básico.
- b) Seleção do Fornecedor, que contém diversas etapas, destacando-se como principais: ato convocatório, parecer jurídico, adjudicação e homologação e formalização do contrato,
- c) Gestão do Contrato, que apresenta as responsabilidades de acompanhar a execução do contrato em todos os seus aspectos (finalísticos, operacionais, administrativos etc.).

A mesma instrução normativa especifica as responsabilidades do gestor do contrato em seu artigo 39:

“As atividades de gestão e fiscalização da execução contratual são o conjunto de ações que tem por objetivo aferir o cumprimento dos resultados previstos pela Administração para os serviços contratados, verificar a regularidade das obrigações previdenciárias, fiscais e trabalhistas, bem como prestar apoio à instrução processual e o encaminhamento da documentação pertinente ao setor de contratos para a formalização dos procedimentos relativos a repactuação, alteração, reequilíbrio, prorrogação, pagamento, eventual aplicação de sanções, extinção dos contratos, dentre outras, com vista a assegurar o cumprimento das cláusulas avençadas e a solução de problemas relativos ao objeto.” (MPDG, 2017)

Desta forma é evidente a enorme gama de conhecimentos e experiência que um gestor de contratos precisa ter, de acordo com a legislação vigente: administração geral, gestão de riscos, procedimentos licitatórios, Direito Administrativo, Direito do Trabalho, Direito Previdenciário e conhecimento específico do objeto do contrato (construção e engenharia civil, por exemplo).

Jorge da Hora (2011) identificou em suas entrevistas um grande despreparo técnico dos fiscais de contrato, considerando a gama de conhecimentos necessários. O autor aponta também a enorme sobrecarga de alguns fiscais que acumulando suas atividades corriqueiras com a

fiscalização de contratos acaba não dando conta de fiscalizar adequadamente, de maneira que, em muitos casos, as empresas apresentam comportamentos antiéticos, até mesmo nocivos aos direitos dos trabalhadores.

Para lidar com os desafios da gestão dos grandes contratos, o MPDG (2016, 2017) propõe os seguintes auxiliares para o gestor:

- a) O **fiscal técnico**, é aquele que acompanha a execução contrato avaliar a execução do objeto nos moldes contratados e, se for o caso, aferir se a quantidade, qualidade, tempo e modo da prestação dos serviços estão compatíveis com os indicadores de níveis mínimos de desempenho estipulados no ato convocatório.
- b) O **fiscal administrativo** acompanha os aspectos administrativos da execução dos serviços nos contratos com regime de dedicação exclusiva de mão de obra quanto às obrigações previdenciárias, fiscais e trabalhistas, bem como quanto às providências tempestivas nos casos de inadimplemento.
- c) O **fiscal setorial** faz o acompanhamento da execução do contrato nos aspectos técnicos ou administrativos quando a prestação dos serviços ocorrer concomitantemente em setores distintos ou em unidades desconcentradas de um mesmo órgão ou entidade.
- d) **Público usuário** passa a fazer parte do grupo de fiscalização por meio do acompanhamento da execução contratual (pesquisa de satisfação junto ao usuário), com o objetivo de aferir os resultados da prestação dos serviços, os recursos materiais e os procedimentos utilizados pela contratada, quando for o caso. (MPDG, 2017).

Esses diversos papéis foram criados para trazer mais efetividade à fiscalização de contratos na APF e conter os comportamentos predatórios de empresas que se furtam em suas responsabilidades, seja para com salários, benefícios, questões previdenciárias ou de saúde e segurança no trabalho.

No entanto, esta separação em diversos papéis ainda é recente e na instituição pesquisada encontrou-se em campo situações de vários contratos concentrados em um único fiscal que acumula diversos destes papéis.

Ainda no caso da Fiocruz, Jorge da Hora (2011) concluiu que o acúmulo de responsabilidades e atividades das funções cotidianas com as de gestor ou fiscal de contrato podem criar impactos negativos. Ele explica que:

“Na medida em que o número de postos ou o volume de empregados terceirizados envolvido é considerável sob o ponto de vista do acompanhamento e do controle diário das atividades contratadas e executadas, o acúmulo pode vir a representar perda da qualidade dos

controles internos e, por sua vez, o favorecimento das empresas nos erros eventualmente cometidos pela gestão ou fiscalização de contratos.” (DA HORA, 2011, p. 112)

No caso do foco do presente trabalho, para garantir algum nível de cuidado e promoção da saúde dos trabalhadores frente aos riscos ocupacionais e sociais, faz-se necessário instrumentalizar os gestores e fiscais de contrato, o que será objeto de discussão no capítulo dos resultados.

Para compreender melhor as relações que surgem a partir da delegação de responsabilidades da APF para suas empresas terceirizadoras de mão-de-obra, a seguir será apresentado um modelo teórico que capta bem esta realidade.

2.5. A Teoria da Agência e a terceirização.

Para compreender as relações entre a APF e suas empresas contratadas (tanto os serviços finalísticos, como execução de obras, quanto os serviços de apoio aos finalísticos, como empresas de saúde e segurança ocupacionais), foi utilizado a Teoria da Agência, que é uma das teorias dominantes nos estudos da gestão, organização e interação econômica (BOSSE e PHILLIPS, 2016; POURYOUSEF e FROOMAN, 2017).

A Teoria da Agência foi construída inicialmente para o mundo corporativo e tem-se mostrado perfeitamente aplicável ao setor público e destaca-se por sua importância (COSTA et. al., 2013). Ela é uma teoria “contratualista da organização que procura explicar o comportamento dos gestores e a forma como a assimetria de informação influencia o equilíbrio de poderes no seio de uma organização, abrindo margem a idiosincrasias que tanto prejudicam as boas práticas administrativas.” (SATO, 2007, *apud* COSTA, 2013, p.1094). Em outras palavras, desenvolvida inicialmente para tratar de criação de valor financeiro por meio da terceirização, ela pode também ser utilizada para analisar a criação (ou perda) de valor público. É uma teoria que possui uma literatura vasta e multidisciplinar (POURYOUSEF e FROOMAN, 2017).

A Teoria da Agência é, em sua essência, uma teoria modelada a partir do relacionamento entre um comprador e um provedor de serviços. O modelo Agente-Principal é focado nos

conflitos de interesses existentes entre atores que têm seus próprios interesses (SCHILLEMANS, 2013).

Esta teoria trata do relacionamento entre “agentes nas trocas econômicas, onde um ator (o principal) tem poder sobre o comportamento de um outro ator (o agente) em seu favor, e o bem-estar do principal sofre influência das decisões do agente”. (JENSEN E MECKLING, 1976, apud SATO, 2013).

Os autores Jensen e Meckling (1976) apresentam o conceito de relação de agência:

“Definimos uma relação de agência como um contrato sob o qual uma ou mais pessoas (o(s) principal(is)) emprega uma outra pessoa (agente) para executar em seu nome um serviço que implique a delegação de algum poder de decisão ao agente. Se ambas as partes da relação forem maximizadoras de utilidade, há boas razões para acreditar que o agente nem sempre agirá de acordo com os interesses do principal. ” (JENSEN E MECKLING, 1976, p.89 *in* RAE, 2008)

Nesta visão conceitual, existe então a figura do Agente, que deveria se comportar defendendo os interesses de outro (Principal), agindo como se fosse o outro, no entanto, ele carrega seus próprios interesses durante a execução dos trabalhos e por vezes esses colidem com os interesses do principal, daquele que delegou, ou comprou o serviço. Desta maneira, os principais estão todo o tempo preocupados com os limites da discricionariedade dos agentes.

Como os contratantes não possuem informação completa sobre os contratados, os mesmos podem “esconder o fato de ter ocorrido negligência ou podem culpar a má sorte por sua má performance intencional. ” (TUMBAT e GRAYSON, 2016, p.42)

Desta forma, pode-se considerar os agentes como representantes imperfeitos dos principais, de maneira que estes podem agir para maximizar seus ganhos em detrimento dos interesses daqueles (NGUYEN, 2011).

Assumindo que o Agente e o Principal são maximizadores de utilidade e auto interessados, o problema surge para o principal quando as duas partes possuem interesses divergentes e o Agente possui mais informação que o Principal (BOSSE e PHILLIPS, 2016).

Segundo Sato (2013, p. 52), “em essência, os agentes são em princípio adversos ao risco como forma de preservarem seus bens. Portanto, a teoria da agência tem como foco o estudo das formas de minimização dos custos relacionados com a relação de agência. ”

Um dos pontos centrais desta teoria é que se ambos os atores (principal e agente) buscam maximizar seus ganhos, de maneira que nem sempre o agente age no melhor interesse do principal. Por outro lado, o principal tem a opção de limitar interesses divergentes aos seus por meio do:

- a) Estabelecimento de incentivos apropriados;
- b) Sustento de custos com monitoramento projetados para limitar atividades anômalas do agente (OLIVEIRA e FONTES FILHO, 2017).

Outro ponto central desta teoria é a assimetria de informação entre o principal e o agente. Normalmente o agente possui maior domínio das informações pertinentes aos serviços prestados, bem como os erros, as falhas, os acidentes e demais imprevistos. Essa assimetria de informação permite que agentes frequentemente se beneficiem. (SCHILLEMANS, 2013)

Arrow (1985) identificou duas origens centrais de problemas de agência:

“O **risco moral**, que está relacionado com acobertar ações, e a **seleção adversa**, relacionada a acobertar informações. O risco moral envolve situações onde as ações dos agentes não são de conhecimento do principal ou são muito onerosas para serem observadas. Já a seleção adversa representa o fato de os agentes possuírem informações desconhecidas por parte do principal ou cujos custos de obtenção são elevados.” (ARROW, 1985, apud SATO, 2007, p.52, grifo meu)"

Comportamentos problemáticos de principal-agente não são novidade no âmbito da Saúde. Um estudo sobre a Saúde e o comportamento dos médicos prescrevendo remédios para obter ganhos nos esclarece que:

“O relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente no mercado da saúde é frequentemente caracterizado como uma relação principal-agente. O principal (o paciente) aponta um agente (profissional de saúde) para aconselhar o principal nas decisões sobre tratamento ou para decidir no em nome do principal. O profissional de saúde deveria ser um agente perfeito, combinando conhecimento profissional com as preferências do paciente para determinar a escolha que o paciente faria baseado neste conhecimento. O problema Principal-Agente surge quando o profissional de saúde escolhe maximizar seus interesses, o que, em muitos casos, não se alinham com os interesses do paciente. (NGUYEN, 2011, p. 55).

Sobre o comportamento do agente e os meios de mitiga-lo, Jensen e Meckling (1976) explicam que o Principal pode “limitar as divergências referentes aos seus interesses por meio da aplicação de incentivos adequados para o agente e incorrendo em custos de monitoramento

visando a limitar as atividades irregulares do agente.” (JENSEN E MECKLING, 1976, *in* RAE, 2008, p.89).

Para lidar com esses desafios, esta teoria contempla uma combinação de instrumentos que manteriam o agente dentro dos interesses do principal. Schillemans (2013) apresenta 3 instrumentos:

- a) Transmissão de preferência;
- b) Um sistema de monitoramento que seja custo-efetivo;
- c) Meios eficazes de correção e reparação.

No primeiro o principal tentaria influenciar o comportamento do agente, para aproximar as atitudes e escolhas. No segundo, reconhecemos a necessidade de monitoramento da atuação do agente, mas com a preocupação com o custo deste processo. No terceiro instrumento a atenção é sobre os meios de corrigir os danos e a conduta do agente.

Nguyen (2011), de maneira semelhante, concluiu que para conter o comportamento dos agentes seria necessário:

- a) Regulação através de licenciamento e inspeções;
- b) Ajuste das estruturas de incentivo para o mercado privado com diferentes formas de remunerar os agentes.

O objetivo central da Teoria da Agência é identificar o tipo de *exchange agreement* (acordo de troca, relação contratual) que vai minimizar a probabilidade de *shirking* (fuga da responsabilidade, negligência). O foco então é sobre “como o comprador (ou principal) deveria motivar o vendedor (ou agente) - de maneira custo-efetiva - a atender às expectativas do contrato (BERGEN, DUTTA, e WALKER 1992; KRAFFT, 1999 *apud* TUMBAT e GRAYSON, 2016, p.43).

Sobre o risco moral, Hotte, Mahony e Nelson (2016) chamam a atenção que o conjunto de incentivos que o Principal oferece pode encorajar, ao invés de desencorajar o comportamento nocivo do Agente.

No presente estudo a Administração Pública (mais precisamente a Fundação Oswaldo Cruz) é considerada o principal e suas empresas prestadoras de serviços e fornecedoras de pessoal são os agentes.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Análise da instituição estudada

Com o objetivo de conhecer o contexto institucional, foi realizada uma leitura das informações disponíveis (documentos públicos, relatórios gerenciais e o Portal Institucional) sobre o tipo de organização pública, sua espécie no Ordenamento Jurídico Brasileiro, a que ministério ela está vinculada, e qual sua missão.

A seguir foi estudado o modelo geral de governança, bem como a maneira como a organização se divide em unidades, e também o porte e características básicas dos vínculos de trabalho existentes.

3.2 Caracterização geral do estudo

Este trabalho consiste em um estudo exploratório, seguindo uma abordagem qualitativa e utilizando como estratégia metodológica o estudo de caso que, segundo Triviños (1990, p.124), seria *“uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente”*. Este tipo de estudo caracteriza-se, segundo o mesmo autor, *“pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento”*.

De acordo com Yim, *apud* Hortale (1996), são aplicações do estudo de caso: explicar as relações causais, descrever os contextos da vida real, avaliar descritivamente e explorar situações em que a intervenção a ser avaliada não seja clara. Este último item sendo nossa principal aplicação neste estudo. Esta estratégia metodológica – o estudo de caso – permite o uso de diversas técnicas de coleta de dados e verificação de diferentes dimensões de um objeto, utilizando tanto dados qualitativos como quantitativos. Permite também que se conheça o contexto histórico onde ocorre o fenômeno estudado.

Inicialmente se procedeu a uma revisão da literatura pertinente ao problema de investigação, e escolheu-se o conjunto de orientações teóricas que dão suporte ao assunto, conforme orienta Sylvia Vergara (2015, p.9). Esta revisão foi apresentada no Capítulo 2 do presente estudo.

Foi decidido que esta pesquisa necessitaria de métodos complementares, assim sendo o mecanismo da triangulação foi utilizado, pois ele pode contribuir para investigar o posicionamento de um objeto a partir de vários pontos de referência (VERGARA, 2015). Podem haver 4 tipos de triangulação (DENZIN, 1978, *apud* VERGARA, 2015, p.248):

- Dados;
- Teorias;
- Pesquisadores;
- Métodos.

No presente estudo optou-se pela triangulação de teorias e de dados. Na primeira os dados são abordados levando em consideração: o campo teórico da Saúde do Trabalhador e a Teoria da Agência. Na segunda triangulação (de dados), há coletas por meio de entrevistas, complementadas com análise de documentos. Na terceira, também de dados, há 3 perfis distintos de participantes (terceirizados, fiscais de contrato e profissionais de Saúde do Trabalhador).

3.3 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, foram utilizadas duas fontes de dados combinadas: a entrevista semiestruturada e a análise documental.

A entrevista semiestruturada é uma das técnicas mais utilizadas no processo de trabalho de campo das pesquisas sociais. Ela consiste, segundo Triviños (1987, p.146), em um:

“Tipo de entrevista que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.”

A análise documental focalizou os contratos administrativos entre a fundação estudada e as empresas de alocação de mão de obra.

3.4 Coleta de dados

3.4.1 Entrevistas semiestruturadas.

Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, com o objetivo de melhor conhecer as relações de saúde-doença presentes em meio à terceirização na APF a partir do olhar dos principais atores. Para trazer mais efetividade ao processo de entrevistas, os sujeitos foram divididos em 3 categorias: trabalhadores terceirizados, profissionais de Saúde do Trabalhador e gestores/fiscais dos contratos de terceirização.

Segundo May (2011), as entrevistas são fonte rica de informação sobre os valores, as experiências, as opiniões e as atitudes das pessoas. São fundamentos das entrevistas “os métodos para gerar e manter conversações com pessoas sobre um tópico específico ou um leque de tópicos, e as interpretações que os pesquisadores fazem dos dados resultantes.” (Obra citada, p. 145).

Foram realizadas 15 entrevistas, divididas em representantes dos 3 grupos. A seleção dos participantes, de tipo não-probabilística, foi realizada por tipicidade e por conveniência. Foram entrevistados 5 fiscais de contrato, 5 trabalhadores terceirizados e 5 profissionais de Saúde do Trabalhador, utilizando os seguintes critérios:

- a) Grupo dos gestores ou fiscais de contrato: Servidores públicos que têm ou tiveram nos últimos 12 meses contratos que envolvam mão-de-obra sob a sua responsabilidade. Não foram considerados contratos de mera entrega de materiais ou assistência técnica, sem mão-de-obra residente.
- b) Grupo dos profissionais de Saúde do Trabalhador: profissionais que atuam diretamente na Saúde do Trabalhador. Buscou-se um grupo representativo da medicina do trabalho, da segurança do trabalho e da gestão em saúde, incluindo profissionais de nível médio e superior.
- c) Grupo dos trabalhadores terceirizados: profissionais que estão ou estiveram, nos últimos 12 meses, como contratados terceirizados, incluindo trabalhadores com diferentes níveis de escolaridade (fundamental, médio e superior).

Como trata-se de um estudo focado em pessoas e condições de saúde-doença, o recorte dos contratos não inclui aqueles que – por sua natureza – não envolvem trabalhadores atuando nas unidades da Fiocruz. Assim sendo os contratos de transporte coletivo, seguros, consultorias

externas, aluguel de equipamentos, containers e similares não constam deste recorte, bem como seus fiscais não fazem parte do grupo de entrevistados.

As entrevistas foram realizadas em salas fechadas, apenas na presença do entrevistado e do pesquisador, em formato semiestruturado, tendo sido gravadas e posteriormente transcritas (roteiro no Anexo IV). Os entrevistados foram informados sobre o estudo e consentiram participar por meio de assinatura em termo de consentimento.

3.4.2 Sujeitos da pesquisa.

A seleção dos entrevistados foi intencional ou por julgamento, ou seja, os sujeitos foram escolhidos para participar da pesquisa “por representarem características relevantes da população” Thiry-Cherques (2009, p.22). Buscou-se ter representantes dos 3 principais grupos de profissionais envolvidos nos processos de saúde-doença dos trabalhadores terceirizados: os fiscais de contrato, que representam a APF na relação com as empresas contratadas; os profissionais de Saúde do Trabalhador, que atuam diretamente nos referidos processos de saúde-doença; e os próprios terceirizados, como forma de dar voz àqueles que vivem esta realidade.

Abaixo a Tabela 8 sintetiza as características dos entrevistados. As idades e o sexo dos participantes foram mantidos em sigilo para preservar as identidades dos entrevistados. O tempo de trabalho na Fiocruz foi mantido como indicador de experiência no âmbito da instituição estudada.

TABELA 5- PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Identificação do entrevistado	Escolaridade da função	Cargo/Função	Tempo de Fiocruz (anos)
E1	Nível Superior	Fiscal de contrato	9
E2	Nível Superior	Fiscal de contrato	6
E3	Nível Superior	Fiscal de contrato	30
E4	Nível Superior	Gestor de contrato	9
E5	Nível Médio	Fiscal de contrato	6
E6	Nível Superior	Chefe de Saúde do Trabalhador	7
E7	Nível Médio	Técnico de Enfermagem	13
E8	Nível Superior	Chefe de Saúde do Trabalhador	4
E9	Nível Superior	Médico do Trabalho	8

E10	Nível Médio	Técnico de Segurança	10
E11	Nível Superior	Tecnologista	13
E12	Nível Médio	Assistente Administrativo	15
E13	Nível Superior	Supervisor	9
E14	Nível Médio	Operador de Produção	12
E15	Nível Fundamental	Ajudante de cozinha	9

Fonte: elaborado pelo autor.

O entrevistado com menor tempo de Fiocruz foi aproximadamente 4 anos, e o com mais tempo na instituição, cerca de 30 anos, com uma média dos entrevistados de vivência na Fiocruz de 10,7 anos. Considerando a natureza exploratória deste estudo, buscou-se a diversidade de formações e níveis, incluindo-se então profissionais de todos os níveis de escolaridade.

3.4.3 Pesquisa documental - os contratos de terceirização.

De maneira complementar ao estudo, e com o objetivo de explorar e conhecer como funcionam as obrigações das partes nas relações contratuais entre a Fiocruz e as empresas de terceirização, e verificar a presença de sistemas de incentivos financeiros, conforme preconiza o Modelo Agente-Principal, foram seguidas as seguintes etapas: inicialmente os dados dos contratos foram estruturados em planilhas, contendo a identificação das empresas, das unidades da Fiocruz que as contrataram, e os quantitativos de postos de trabalho em cada um, sendo ordenados de acordo com a quantidade de postos de cada um.

Foi observada a Relação de Pareto entre o número de contratos disponíveis (104) e a quantidade de postos de trabalho em cada contrato. Conforme determina Pareto, constatou-se que aproximadamente 80% dos resultados vêm de 20% das fontes (CHOPRA, 2018). Os maiores 21 contratos (20% de 104, arredondado) concentram 80% da força de trabalho terceirizada; portanto foi considerada quantidade suficiente para explorar as relações contratuais, conforme Tabela 6.

TABELA 6- SELEÇÃO DOS CONTRATOS

	Nível Fundamental	Nível Médio	Nível Superior	Total
Seleção de 21 contratos	1374	2566	1895	5387
Todos os 104 contratos	1547	3141	2042	6730
Percentuais	89%	82%	93%	80%

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa.

Sendo conjunto de contratos a serem analisados definido, passou-se à análise dos mesmos explicada em seção posterior.

3.5 Tratamento dos dados.

3.5.1 Análise do conteúdo das entrevistas

A análise dos dados das entrevistas foi conduzida por meio de leitura crítica e análise de conteúdo. Bardin (2011) resume o terreno, o funcionamento e o objetivo da análise de conteúdo da seguinte maneira:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (BARDIN, 2011, p. 44)

A referida autora explica que análise de conteúdo possui 3 fases: a pré-análise, representando a fase de organização; a exploração do material, que consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração; e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, na qual os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. (Obra Citada, p. 121-127)

A revisão bibliográfica apresentou duas categorias de análise, a saber: a participação do trabalhador no aprimoramento dos ambientes e processos de trabalho como questão central no referencial teórico da Saúde do Trabalhador; e a categoria de incentivos ao comportamento do agente surge da Teoria da Agência. No entanto, considerando a natureza exploratória do estudo, essas categorias *a priori* foram complementadas e enriquecidas após a análise das respostas dos entrevistados com surgimento de categorias *a posteriori*.

Assim sendo, foi realizada uma leitura flutuante das respostas às perguntas das entrevistas semiestruturadas, para se ter uma impressão geral dos dados. Depois disso, realizou-se uma segunda leitura identificando as unidades relevantes (frases). Em seguida, continuando com o método proposto pela autora acima citada, procedeu-se à codificação, valendo-se de regras precisas sobre as informações textuais representativas do conteúdo em análise.

Pode-se dizer que a análise qualitativa, neste contexto, é caracterizada pela “inferência (...) ser fundada na presença do índice (tema, palavra, personagem etc.), e não sobre a frequência de aparição, em cada comunicação individual.” (BARDIN, 2011, p. 142). Desta maneira se buscou a presença dos elementos relevantes na fala dos entrevistados.

“A palavra, a frase, o minuto, o centímetro quadrado. O aspecto exato e bem delimitado do corte tranquiliza a consciência do analista. (...) A técnica consiste em classificar os diferentes elementos nas diversas gavetas segundo critérios susceptíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir certa ordem na confusão inicial.” (BARDIN, 2002, p. 37)

Com o objetivo de se chegar às categorias iniciais, foram realizados recortes em unidades de registro (frases), que, por sua vez, passaram por processo de aglutinação, gerando as categorias intermediárias. O processo de aglutinação foi continuado até se obter as categorias finais.

Com o objetivo de estruturar o estudo foi desenvolvida a Tabela 09, representando as relações de pertencimento entre os elementos aglutinados e as categorias correspondentes, bem como sua correlação com o Marco Teórico do presente estudo. Nela constam os 29 situações-problema (categorias iniciais), aglutinadas em 9 categorias intermediárias.

3.5.2 Análise do conteúdo dos contratos

Após obtenção dos resultados da etapa anterior, apresentados no Capítulo 4, iniciou-se a análise dos contratos. Foram utilizadas na análise do conteúdo dos contratos as categorias que emergiram da etapa anterior e que são passíveis de englobar elementos contratuais.

Inicialmente fez-se uma leitura flutuante dos contratos para explorar os formatos e compreender como são apresentadas as sequências dos elementos contratuais. Contatou-se que as formas são variadas, não havendo um modelo único institucional.

Existem 3 tipos de grade que o pesquisador pode utilizar para definir as categorias e tratar os dados: fechada, aberta ou mista (LAVILLE e DIONNE, 1999, *apud* VERGARA, 2015). Esta última foi utilizada para análise do conteúdo das entrevistas, e – a partir de seus resultados

– obteve-se uma grade fechada para ser utilizada na análise dos contratos. Foi realizada uma segunda leitura dos contratos, buscando-se explorar existência de elementos que estivessem contidos em pelo menos uma das categorias definidas *a priori*. Assim sendo, esta etapa foi considerada complementar à fala dos entrevistados, na busca de confirmações e evidências adicionais. Trata-se, portanto, de uma etapa sequencial, e não simultânea (MORSE, 1991).

Tratando-se de um estudo de base qualitativa, a presença ou ausência de elementos pertencentes a cada categoria foi registrado e, ao final foi elaborada uma tabela para representar os resultados.

Destaca-se que, para efeitos do presente estudo, o Sistema de Gestão de SST é aquele que gerencia as condições e fatores que afetam, ou podem afetar, a saúde e a segurança dos funcionários, e outros trabalhadores (incluindo pessoal temporário e contratado), visitantes e qualquer outra pessoa no local de trabalho. (OSHAS 18001, 2007)

Durante a etapa de obtenção dos resultados das entrevistas, 29 categorias iniciais emergiram, e foram aglutinadas em 9 categorias intermediárias para permitir devido tratamento e análise. Estas 9 formaram a base do framework apresentado na Tabela 7. Foram desconsideradas aquelas categorias que não tratam de questões contratuais, tendo suas origens em questões organizacionais e psicossociais, a saber:

- Trabalhador terceirizado desinformado;
- Trabalhador com medo/receio de participar;
- Fiscais com carência de informação e formação, e
- Fiscais sobrecarregados.

Assim sendo, a Tabela 7 apresenta as categorias que foram utilizadas como base para a exploração dos elementos contratuais. Trata-se do *framework* que orientou a busca por elementos nos contratos. Nesse caso os elementos são as obrigações explicitamente constantes nos contratos.

TABELA 7- ELEMENTOS DE BUSCA NOS CONTRATOS

CATEGORIAS	ELEMENTOS CONTRATUAIS PESQUISADOS
Baixa influência sobre o ambiente de trabalho	Foram procurados nos contratos elementos de controle e influência sobre o ambiente de trabalho.
Requisitos mínimos para um sistema de saúde e segurança do trabalho	Considerando a definição de sistema de SST adotada no presente estudo, foram buscados os seguintes requisitos específicos de SST: Presenta da Política de SST; Cumprimento da legislação de SST do país; Identificação de perigos; Análise e controle de riscos; Controles operacionais de SST; Preparo para emergências e Investigação de acidentes.
Monetização da Saúde	Foram elementos de busca as cláusulas que tratam especificamente de: adicional por insalubridade e adicional por periculosidade, pois representam a materialização da troca monetária por riscos e desgastes à saúde dos trabalhadores.
Risco moral	Nesta categoria buscou-se identificar nos contratos elementos de incentivo financeiro pelo respeito à vida humana dos trabalhadores ou punições pelo desrespeito.
Seleção Adversa	Nesta categoria buscou-se identificar nos contratos elementos de incentivo financeiro pela promoção da transparência e estratégias para reduzir a assimetria de informações.

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa.

Os elementos contratuais foram identificados e aglutinados nas categorias constantes na Tabela 7. A partir deste processo de aglutinação pode-se ter acesso a um conjunto de informações adicionais, bem como evidências que reforçaram as falas dos entrevistados.

Foi realizada uma discussão, combinando uma análise dos elementos por categoria com as falas dos entrevistados. Os resultados então foram sintetizados na Tabela 10.

4. RESULTADOS

4.1 Introdução.

A seguir estão apresentados os resultados do estudo. Considerando as peculiaridades da fundação autárquica estudada, com o objetivo de trazer compreensão para o contexto em que se encontram os resultados do estudo, inicia-se com uma caracterização da Fiocruz como campo estudado.

A seguir são apresentados os resultados das entrevistas, organizados por grupo: fiscais ou gestores de contrato, profissionais da Saúde do Trabalhador e trabalhadores terceirizados. A seguir apresenta-se a Tabela 9 (pag.58), com a estruturação dos resultados da análise do conteúdo das entrevistas.

Na seção seguinte estão apresentados os resultados da análise do conteúdo dos contratos. Como esta análise objetiva complementar a fala dos entrevistados, tratando-se de etapa sequencial, os resultados foram organizados por categoria de análise. Ao final é apresentada a Tabela 10, que sintetiza os resultados da exploração dos elementos contratuais.

4.2 Características da instituição estudada: a Fundação Oswaldo Cruz

A Fiocruz é uma instituição de ciência e tecnologia em saúde, vinculada ao Ministério da Saúde e que tem como objetivos produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que contribuam para a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população brasileira, para a redução das desigualdades sociais e para a dinâmica nacional de inovação, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais (Fiocruz, 2017).

Há sob responsabilidade da Fiocruz um conjunto de atividades finalísticas, conforme exemplificado em seu portal: pesquisa e difusão de conhecimento, desenvolvimento de produtos e processos com aplicação potencial como: novas vacinas, medicamentos à base de plantas, métodos de diagnóstico e monitoramento da saúde do trabalhador, aumento do número de patentes brasileiras e aprimoramento do sistema de saúde nacional. (Portal Fiocruz, 2018).

A instituição se divide em unidades técnico-administrativas e técnico-científicas (organograma em Anexo I), executando as diversas atividades: pesquisa clínica, biomédica, epidemiológica entre outras; formação em nível médio e pós-graduação; produção de reagentes, vacinas e medicamentos; desenvolvimento tecnológico em saúde; ações de vigilância em saúde coletiva e produção e disseminação de informação.

Presente em 10 estados brasileiros, possui cerca de 5.196 servidores ativos e 4165 profissionais terceirizados ocupando posições finalísticas, mais um grande número de terceirizados em posições clássicas de jardinagem, limpeza, conservação, vigilância, manutenção, totalizando uma força de trabalho aproximada de 12.000 pessoas. (Fiocruz, 2018).

A estrutura de governança da instituição possui peculiaridades, a primeira é a existência de um processo democrático eleitoral para composição da lista tríplice de candidatos à Presidência da instituição. O segundo é a existência de um conselho superior, composto por membros da Sociedade Civil que representam controle social. A terceira é a existência do Conselho Deliberativo.

O Conselho Deliberativo é composto por representantes da presidência, das vice-presidências, auditoria, procuradoria, ouvidoria e dirigentes máximos das unidades, sendo então:

“Instância deliberativa, sendo o órgão superior de formulação e condução da política de desenvolvimento institucional que delibera sobre a programação de atividades e a proposta orçamentária anual; acompanha e avalia o desempenho das unidades; recomenda a implementação de melhorias; decide sobre a política de pessoal, criação e extinção de unidades, bem como sobre a destituição dos seus diretores; e designa a comissão eleitoral para escolha do presidente da instituição.” (Fiocruz- Portal da Gestão Participativa, 2017).

O órgão máximo de representação da comunidade interna é o Congresso Interno, e a ele compete “deliberar sobre assuntos estratégicos relacionados ao macroprojeto institucional, sobre o regimento interno e propostas de alteração do estatuto, bem como sobre matérias de importância estratégica para os rumos da instituição”. (Fiocruz- Portal da Gestão Participativa, 2017).

No VIII Congresso Interno foram elaboradas, discutidas e aprovadas 11 teses que indicam os “caminhos para que a instituição dê a sua contribuição ao país e à sociedade

brasileira. A partir das diretrizes aprovadas a instituição organizará seu planejamento de quatro anos e estabelecerá suas metas capazes de fazer valer as teses (...). ” (Relatório Final do VIII Congresso Interno – Fiocruz, 2017).

Destas teses que foram definidas para nortear o planejamento estratégico institucional, uma delas dialoga diretamente com o tema do presente trabalho:

Tese 11 - A Fiocruz se posiciona na luta por uma **sociedade mais justa e equânime**, comprometida com a diversidade do povo brasileiro e suas demandas, **seja nas políticas voltadas para seus trabalhadores, independente de seus vínculos**, seja nas ações para usuários em suas escolas, institutos e serviços de saúde, seja nos estudos e pesquisas desenvolvidos, buscando reconhecer e **enfrentar todas as formas de discriminação, exclusão e violência**. ” (Fiocruz, 2017, grifo meu)

O referido documento sinaliza que o momento político atual “desqualifica o trabalhador e potencializa as iniquidades e desigualdade social” e aponta a necessidade de construção de uma política institucional que garanta aos seus trabalhadores o exercício da cidadania. Há ainda o apontamento da priorização de ações de acessibilidade em cumprimento a legislações nacionais e indicações internacionais, ampliação dos espaços de discussão sobre equidade de gênero e raça, combate a práticas de assédio no trabalho. (Fiocruz, 2017)

Em relação ao tema Saúde do Trabalhador a instituição se destaca na área acadêmica, em especial pelos estudos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. De fato, o tema consta das finalidades institucionais e dos valores, conforme apresentados no Portal da Fiocruz.

No âmbito da gestão é possível identificar uma evolução de esforços institucionais, a exemplo da criação, em 1996, da Coordenação de Saúde do Trabalhador, ligada à Diretoria de Recursos Humanos. Atualmente a coordenação tem como missão: “Assegurar as melhorias das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores da Fiocruz, mediante a formulação de políticas, estratégias e ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho, de promoção e atenção à saúde, em conformidade com a política institucional. ” (Fiocruz-COGEPE, 2017).

No entanto, quando o assunto é sobre direitos dos profissionais terceirizados, ainda há muitas oportunidades de melhoria, pois as relações entre a APF e as empresas prestadoras de serviço são marcadas então por uma série de problemas, tanto no âmbito da gestão dos contratos (notadamente no planejamento, operacionalização e fiscalização), quanto na efetiva prestação dos serviços (FREITAS e MALDONADO, 2013).

Especificamente em relação aos contratos de terceirização, Jorge da Hora (2011) aponta que:

“Existe muito desrespeito e muitas violações de direitos relativas ao trabalhador terceirizado. É inadmissível que, sob o manto protetor da Administração Pública, legítimo representante do Estado Democrático de Direito, situações de conduta negativa das empresas em relação a seus empregados não sejam imediatamente identificadas e tratadas com o rigor dos instrumentos legais colocados à disposição da Administração.” (DA HORA, 2011, p. 125)

Desta maneira ficam evidenciados desafios para a evolução da gestão da Fiocruz, em termos de enfrentamento de problemas e desafios da Saúde do Trabalhador.

4.3 Resultados das entrevistas com fiscais ou gestores de contratos.

As entrevistas com gestores e fiscais de contrato revelaram uma série de fragilidades que os próprios identificam em suas atividades. Aqui estão destacados os pontos principais, focando nas questões ligadas à manutenção dos direitos dos empregados e as dificuldades na gestão da Saúde do Trabalhador nos contratos de terceirização com mão-de-obra residente.

O primeiro ponto que será destacado é a fala de todos os entrevistados sobre o que significa o nível de responsabilidade de ser fiscal ou gestor de um contrato: o servidor responde com seu patrimônio pessoal por qualquer dano detectado no erário público, portanto se um órgão de controle julgar que o servidor causou algum prejuízo, em regra, este deverá ser ressarcido aos cofres públicos, conforme explica um deles:

E1: “ Existe o distanciamento legal que o vínculo (de terceirização) impõe. Existe um arcabouço legal que distância e responsabiliza o fiscal do contrato e o diretor na unidade. (...) A fiscalização traz um risco ao patrimônio do fiscal. (...) É um sistema que penaliza quem se propõe a fazer. ”

Portanto os entrevistados mencionam o estresse inerente à fiscalização de contratos, por não perceberem na APF uma estrutura que os ajude e sim, percebem apenas cobrança de todos os lados. Em algumas unidades da Fiocruz há algum apoio jurídico, na forma de advogados terceirizados, mas os entrevistados não o classificam como suficiente.

E3: “Por sorte eu sou advogado. Por sorte pura, não precisava ser pra chefiar essas atividades. E esses meninos novos (do setor jurídico) não sabem nada, nada de nada – não ajudam, só atrapalham a fiscalização. Outro dia me veio um perguntando qual a fundamentação legal pra nosso novo termo de referência, que está sendo atualizado com novas exigências ambientais e por isso ficou tudo um pouco mais caro, e eu disse: ué? Vocês são os advogados, me ajudem a justificar. Não mudaram as regras? Então, tem que ajustar no contrato novo. Parece que eu que trabalho pra eles. ”

E2: “No (mercado) privado existe obrigatoriedade de cumprir as regras e é praxe. Aqui é diferente, mais difícil. ”

Os fiscais e gestores indicam viver em conflito entre a realidade observada na execução dos contratos e as necessidades da APF. Muitas vezes, os serviços prestados são de baixa qualidade, e deixam trabalhadores expostos a riscos de acidente ou adoecimento, como aponta um dos entrevistados:

E2: “Deveria ser uma cadeia (de processos), deveria ser uma preocupação das empresas. Mas a maioria das empresas não têm um mínimo de cuidado... por exemplo, se o FGTS está em dia, se a carteira de trabalho do pessoal está assinada, se está recolhendo os impostos. ”

O grande formalismo inerente à relação dos contratos públicos de terceirização é mencionado pelos fiscais como um “grande entrave, um total engessamento da capacidade gerencial”. Toda a comunicação e, em especial, aquela com vistas à advertência e punição das empresas precisa ser feita por escrito. Ademais, em alguns casos, foi apontado que os diretores das unidades informalmente tomam as decisões sobre punição, decisões estas que o fiscal aplica como se deles fossem. Formalmente o diretor da unidade não seria partícipe deste processo, segundo apontam os fiscais, pois, conforme mencionado anteriormente, os fiscais cujos nomes constam das portarias de nomeação para fiscalização que são os primeiros a serem responsabilizados em caso de prejuízo para a APF.

Estas questões ressoam com as conclusões de Jorge da Hora (2011, p.126), que explica que é por causa do “despreparo dos agentes designados para a fiscalização dos contratos de terceirização, que é patente ao registrar o sentimento de medo que existe entre esses atores quanto ao cometimento de erros que podem lhes custar responder perante auditorias internas e externas. ”

Um fiscal destaca um sério problema de assédio que ele percebe, por vezes de supervisores das empresas contra trabalhadores terceirizados, e outras vezes de servidores contra os terceirizados. Ele explica que não enxerga meios de combater o assédio moral (e sexual), conforme preconiza a própria missão da Fiocruz, por falta de recursos técnicos e legais.

E1: “Assédio moral, assédio sexual são questões importantes. (...). Com tantos limites que são impostos ao fiscal, como fazer gestão de pessoas, como desenvolver e cuidar? ”

Isso nos leva à própria questão da falta de capacitação: os entrevistados admitem que não dominam todos os assuntos previstos na própria IN 05 (MPDG, 2017), pois, conforme destaca um entrevistado:

E1: “o fiscal precisaria conhecer de Direito Administrativo, que rege os contratos; Direito do Trabalho, que é outro ramo totalmente diferente, e que rege as relações entre empregados e patrões...teria também que conhecer sobre Direito Previdenciário; Direito Tributário e ainda entender de gestão. ”

E2: “Você acaba fazendo o papel que o governo deveria fazer e não faz (fiscalização tributária e trabalhista). ”

Há uma outra questão que surge nas entrevistas com frequência: o sentimento de estar sozinho em uma tarefa burocrática, tecnicamente densa, pesada e árdua, com pouco apoio técnico das estruturas centrais da instituição, conforme destaca um dos entrevistados:

E3: “Nós fazemos o nosso melhor, pelo menos eu faço, e não sei dizer se essa documentação de saúde e segurança que me foi entregue está correta, não entendo disso, eu recebi isso assim! Não sou médico! Mas quando dá problema, todos criticam. ”

E1: “a própria Procuradoria acompanhou (a elaboração do) nosso contrato, atendemos a todas as exigências, e agora o TCU está em cima de nós, a Procuradoria não nos defende. ”

Alguns entrevistados apontam a sobrecarga de atribuições, afirmando que fiscalizam mais de 10 contratos, e que conferir somente a parte administrativa das faturas (recolhimentos, obrigações trabalhistas, impostos, férias, horas-extras e descontos etc.) tomaria um tempo e uma prática que eles não possuem, de maneira o foco fica nas finalidades dos contratos (limpeza e conservação, jardinagem, recepção etc.).

E3: “Eu já cheguei a fiscalizar 14 contratos, uma loucura (...). Não dá pra ver tudo, então você escolhe o que é mais grave. ”

E1: “ Eu fiz um estudo e descobri que esta unidade teve, historicamente, sempre ... bom, pelo menos desde 1999, entre 75 e 80% da sua força de trabalho terceirizada. Um volume absurdo para ser administrado por poucos fiscais e pelo RH. (...). Tinha que colocar a terceirização em níveis aceitáveis. ”

E2: “Fiscal acaba tendo uma função dupla, de fiscalizar a atividade e essas obrigações legais. ”

Nesse ponto torna-se apropriada uma observação: em tese, esta sobrecarga não deveria acontecer, pois a IN 05 (MPDG, 2017), assevera que:

“As atividades de gestão e fiscalização da execução contratual devem ser realizadas de forma preventiva, rotineira e sistemática, podendo ser exercidas por servidores, equipe de fiscalização ou único servidor, desde que, no exercício dessas atribuições, fique assegurada a distinção dessas atividades e, em razão do volume de trabalho, não comprometa o desempenho de todas as ações relacionadas à Gestão do Contrato. ”
(MPDG, 2017, Art. 40, Parágrafo 3º)

Porém, a IN 05 não explica como assegurar a distinção destas atividades no caso de haver apenas um fiscal acumulando estas funções (técnico, administrativo etc.). A mesma IN favorece a ideia da criação de estruturas especializadas de apoio ao fiscal (MPDG, 2017).

É interessante observar como os achados nas entrevistas com fiscais e gestores neste estudo se assemelham às conclusões apresentadas por Jorge da Hora (2011):

“Com isso, pode-se dar por atingido o primeiro questionamento desse estudo como sendo: as inadimplências nos contratos de terceirização na FIOCRUZ ocorrem, na maioria das vezes, pela **ausência de estrutura**, pela **ausência de uma política institucional voltada para as contratações via terceirização**; pela **fragilidade, fragmentação das rotinas e processos de gestão**; pela **insuficiência de monitoramento, acompanhamento e fiscalização dos contratos**; por **absoluta incapacidade técnica dos gestores/fiscais** eleitos para a assunção dessa responsabilidade, **despreparados e sem o apoio** quer no âmbito de suas Unidades, como demonstrado, quer no âmbito da Instituição enquanto entidade maior, onde as violações de direito são perpetradas.” (DA HORA, 2011, p.126, grifo meu).

Portanto, com todos estes problemas na gestão e fiscalização de contratos, as empresas muitas vezes se desviam dos interesses da instituição (o que incluiria um ambiente e processos de trabalho mais saudáveis) e, conforme preconiza o Modelo Principal-Agente, focaliza apenas nos seus interesses (redução de custos e maximização dos lucros).

E4: “Vamos lá... eu acho que a participação (das empresas) se limita ao atendimento da Lei... pouco propositoras de soluções. ”

Sobre possíveis soluções, os fiscais apontam dois caminhos: um maior apoio institucional e um maior interesse e participação dos próprios terceirizados.

E4: “Eu enxergo... como principal ponto motivar a participação das pessoas, a criação de comissões para fazer diagnósticos e melhorias. ”

E5: “Cara, todo mundo sabe criticar, mas muitas vezes a gente dá o nosso jeito, a gente faz as coisas da melhor forma possível... não dá pra esperar tanto tempo por uma resposta dos advogados sempre... os prazos não param de contar e aí é prejuízo se as manutenções não acontecerem.

4.4 Resultados das entrevistas com profissionais que atuam no Campo da Saúde do Trabalhador.

Os profissionais de Saúde do Trabalhador reconheceram que a Fiocruz tem um imenso potencial para atuar no Campo da Saúde, e que produz muito conhecimento. Porém, eles apontam que nem sempre esse conhecimento chega “*na ponta, no operacional*”.

Os profissionais de saúde entrevistados (médicos do trabalho e gestores em saúde) enfatizaram como a assistência prestada nos ambulatórios da Fiocruz revelam o descaso de muitas empresas para com seus empregados. O conceito básico de medicina preventiva não é aplicado e, muitas vezes, o contrário: liberando o trabalhador para a assistência apenas quando os sintomas ficam mais evidentes.

E6: “Muito descaso com a saúde. Nosso ambulatório é o termômetro (...). Precisamos mudar isso, que o trabalhador possa usufruir do trabalho e não ser consumido por ele, não vender sua saúde junto. ”

E7: “Cara, é aquilo: exames ocupacionais sem critério. A documentação que eles apresentam dos terceirizados (de Saúde e Segurança) sem qualidade. Feita de qualquer jeito. (...). Outra coisa é a falta de planos de saúde pros terceirizados: dificulta o acesso aos especialistas e à medicina preventiva. ”

Foram identificados em duas falas a expressa proibição de algumas empresas sobre seus empregados de buscarem os ambulatórios da Fiocruz quando doentes ou acidentados, pois sabiam que essa atitude pode abrir investigações sobre as causas das moléstias e acidentes.

Não podemos ignorar as causas dessa desigualdade, presente em qualquer relação de emprego, e potencializada na relação de terceirização. Normalmente, a fonte única de sustento do trabalhador consiste na “venda de sua força de trabalho em troca de salário, processo que acarreta a submissão, por parte dos trabalhadores, ao exercício de atividades perniciosas ao seu bem-estar” (DALE e DIAS, 2018, p. 264). Essa submissão, em grande parte por causa do medo da perda do emprego/sustento, serve como forte entrave à participação dos trabalhadores precarizados.

Durante uma das entrevistas, um respondente revela ter a lembrança de um caso de acidente emblemático:

E7: “Um andaime desabou com um trabalhador, desmontando todinho e caindo em cima dele. O trabalhador não foi recolhido imediatamente e socorrido por seu supervisor, e nem as nossas equipes de brigadistas foram chamadas. E por que? Porque o supervisor sabia que essa obra não estava autorizada pela área de Segurança do Trabalho. Resultado: após 20 minutos ferido no chão, o próprio trabalhador levantou e foi todo machucado pro ambulatório, foi atendido de emergência com escoriações na cabeça e pelo corpo, suspeita de ossos quebrados e crise hipertensiva. A Saúde chamou uma ambulância e o cara se recuperou no hospital. O medo do supervisor de enfrentar a Segurança do Trabalho e o fiscal do contrato fizeram ele não fazer nada - em pânico.”

Não é um caso isolado. A subnotificação intencional surge como prática corriqueira de algumas empresas, conforme apontam os entrevistados.

E6: “Já tivemos vários acidentes de trabalho atendidos no ambulatório que as empresas não reconhecem. (...). Precisa ter um contraponto a esse lucro acima de tudo.”

E9: “Não existe uma visão sobre Saúde do trabalhador. Por exemplo, já vi ficarem 5 anos sem avaliar nada (sem exames periódicos e análises ocupacionais). As empresas só ganham e não fazem nada.”

As entrevistas com profissionais de Segurança do Trabalho (engenheiro e técnico) revela exemplos similares, e ressaltam o problema dos equipamentos de proteção: muitas vezes as empresas escolhem as formas mais baratas de proteção dos trabalhadores o que muitas vezes é ineficaz, ou mesmo incômoda e interfere negativamente no desempenho do trabalho.

Aqui cabe um destaque do que comanda a NR 06 (MTE), em seu item 6.3:

“A empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento, nas seguintes circunstâncias:

- a) sempre que as medidas de ordem geral não ofereçam completa proteção contra os riscos de acidentes do trabalho ou de doenças profissionais e do trabalho;
- b) enquanto as medidas de proteção coletiva estiverem sendo implantadas; e,
- c) para atender a situações de emergência.” (BRASIL, NTR – NR 6)

Desta maneira fica evidente que o comando da Lei e da boa administração de riscos à saúde é que primeiro existam medidas de ordem geral, chamados de equipamentos de proteção coletiva (EPC), que precisam funcionar para mitigar os riscos e impactos à saúde dos trabalhadores, e, somente em caráter provisório ou complementar deve-se adotar os equipamentos de proteção individual (EPI). Em termos mais simples, se deve priorizar o uso de EPC em vez do uso EPI (GOUTILLE et. Al., 2018).

No entanto, nas entrevistas surgem duas questões complementares: o desconhecimento destes princípios básicos (EPC antes de EPI) pelos fiscais de contrato e a busca das empresas por soluções rápidas e baratas. Isso frequentemente leva as empresas a se limitarem à distribuição de EPIs (luvas, capacetes, óculos etc.), ao invés de proceder com uma robusta análise preliminar dos riscos e formas de mitiga-los.

Um técnico explica que o descaso com os riscos ocupacionais é comum e as empresas só tomam providências mediante provocação, e mesmo assim procuram fazer sempre o mínimo, deixando o trabalhador exposto.

E10: “Uma vez um jardineiro estava cortando o mato com um cortador motorizado e ele tinha o pacote de EPI completo, estava utilizando: botas, luvas, macacão, avental de couro e duas proteções sobre os olhos (óculos e máscara). Um acidente aconteceu quando equipamento atingiu um pedaço de metal que foi lançado em direção ao pescoço do trabalhador e se alojou no queixo dele, causando um ferimento. (...) A verdadeira causa do machucado não foi falta de EPI, mas sim a falta de uma proteção que vem de fábrica sobre o equipamento (EPC) para não deixar estilhaços voarem e havia sido removida por motivos operacionais... facilitava a operação e manutenção do equipamento. Não pode ser assim.”

Um gestor de saúde chama atenção para a necessidade de vigilância em saúde, com ações de investigação sobre a natureza dos processos de adoecimento e acidentes e exemplifica:

E6: “um equipamento a gás explodiu e feriu severamente um servidor, que está hospitalizado. Não basta substituir o equipamento, tem que se investigar as causas para que isso não se repita. Não podemos aceitar a simples troca do equipamento que explodiu, isso não pode acontecer de novo. ”

Outro chefe de saúde sinaliza a necessidade de se ter programas e projetos institucionais de saúde, trazer para a organização como um todo (parte pública e parte privada). Algo que transcenda as meras relações contratuais e trate as pessoas como tal.

E8: “Precisamos ter um corpo de trabalho forte, não podemos agir como o mercado que as vezes tem só um médico e um técnico para fazer todo o trabalho. Precisamos institucionalizar programas. Se você não institucionaliza, você não garante perenidade (...). Há muito que podemos fazer sim. Aqui, por exemplo, não podemos aceitar uma “epidemia” de cirurgias bariátricas, 18 em 1000, vamos desenvolver um programa de saúde para essas pessoas. ”

Quanto aos ambientes de trabalho insalubres, a visão dos profissionais de Saúde do Trabalhador é que a monetização do risco é parte do problema, pois ao pagar aos trabalhadores um valor extra pela insalubridade, os mesmos são desestimulados a exigir melhorias em seus ambientes de trabalho.

E6: “Precisamos conscientizar o trabalhador que saúde não se delega, e não se vende. ”

E8: “ O desafio é um misto de combate a uma questão cultural (de não priorizar saúde), e de se propiciar acesso à Saúde do Trabalhador para todos. ”

E9: “O trabalhador fica em péssimas condições e não reclama. ”

Além da questão cultural dos trabalhadores não reivindicarem condições salubres, também contribui para o problema o fato de muitas empresas preferirem pagar o máximo possível de insalubridade aos trabalhadores por 3 motivos:

1. Acreditam que evitariam os processos trabalhistas, uma vez que alegam que “fizeram sua parte”;
2. As empresas cobram taxas administrativas em cima de todas as verbas trabalhistas, então, em última análise, quem está pagando pela monetização da saúde é a própria APF e isso aumenta o resultado financeiro das empresas de terceirização.

3. As empresas de terceirização não possuem, em regra, controle e gestão sobre os ambientes de trabalho.

Essa visão dos entrevistados coincide com a questão apresentada por Hotte, Mahony e Nelson (2016), que alertaram para o risco do conjunto de incentivos oferecido (neste caso, as taxas administrativas dos contratos, que se elevam em proporção ao valor total da despesa trabalhista) poder incentivar o comportamento nocivo e indesejado do Agente.

Portanto se observa mais uma vez o comportamento de Agente buscando a maximização de seus resultados, às custas dos interesses do Principal (nesse caso, em 2 dimensões: aumento de custo quanto e não redução de riscos para a saúde).

Todos os entrevistados deste grupo descreveram a formação dos fiscais em saúde do trabalhador como insuficiente ou não existente, apesar das boas intenções de alguns. Surge a sugestão de se dividir as responsabilidades conforme a expertise de cada um. De trazer para as áreas especializadas a responsabilidade pela Fiscalização Administrativa, ajudando os fiscais e liberando-os para focar nas finalidades dos contratos.

E7: “Precisa ter uma área com processos definidos e com pessoas pra acompanhar. Também precisa ter cláusulas nos termos de referência e aproximação entre as equipes de saúde e segurança com os fiscais de contrato. ”

E6: “Gestor e fiscal de contrato...não há uma capacitação em Saúde do Trabalhador. É difícil para eles entenderem... as empresas fazem exames periódicos de fachada. ”

E9: “Não existe uma visão ampla sobre Saúde do trabalhador. (Podemos) elaborar PPRA e PCMSO próprios. (...) Só se consegue cobrar alguma coisa da empresa se o fiscal estiver do lado. ”

Por fim, foi apontado também que um instrumento que existe na APF e raramente é utilizado é a criação da Comissão Interna de Saúde do Servidor Público (CISSP), prevista na Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS), publicada na Portaria Normativa Nº 3/2010 (MPDG, 2010). Esta comissão tem como objetivo uma gestão compartilhada para:

- a) propor ações voltadas à promoção da saúde e à humanização do trabalho, em especial a melhoria das condições de trabalho, prevenção de acidentes, de agravos à saúde e de doenças relacionadas ao trabalho;

b) propor atividades que desenvolvam atitudes de co-responsabilidade no gerenciamento da saúde e da segurança, contribuindo, dessa forma, para a melhoria das relações e do processo de trabalho; e

c) valorizar e estimular a participação dos servidores, enquanto protagonistas e detentores de conhecimento do processo de trabalho, na perspectiva de agentes transformadores da realidade. (MPDG, 2010)

Apesar do foco desta comissão ser o servidor público, na Fiocruz muitas vezes os servidores e terceirizados compartilham ambientes, processos e atividades laborais, portanto ela poderia servir de instância que contribuiria para enfrentamento das dificuldades na busca por um ambiente saudável.

E6: “Uma medida importante seria a implantação das CISSP. ”

E9: “A infraestrutura é ruim, por exemplo falta de exaustão, coisas antigas improvisadas. E ninguém reclama até acontecer alguma coisa mais grave. Os trabalhadores também precisam se manifestar. ”

4.5 Resultados das entrevistas com os trabalhadores terceirizados.

Nessa seção dá-se voz aos trabalhadores terceirizados, e eles apresentaram respostas bastante variadas, mas com alguns pontos em comum muito bem definidos. Aqui se dará prioridade a estes pontos de concordância e aos relatos de casos emblemáticos, que eles consideram como bons exemplos do que acontece entre eles e as empresas terceirizadoras.

Uma questão central que surge com frequência é o temor pela demissão e pelos efeitos negativos subsequentes. Frases como “emprego está muito difícil” são comuns para explicar porque eles não se manifestam contra as arbitrariedades.

E11: “Cara, eu trabalho na Fiocruz há mais de 10 anos, já fui estagiário, bolsista e agora sou terceirizado. A corda sempre arrebenta do lado mais fraco – vi muita gente boa ser mandada embora. ”

E13: “Como supervisor, eu procuro sempre evitar as brigas, sabe? Mas é fogo, as vezes eu só sei do acidente quando um gerente me liga – não dá para ser assim. Mas vou reclamar com quem? ”

E15: “Olha, aqui é assim, você faz seu trabalho e evita entrar em disse-não-me-disse. Essas confusões sempre dão ruim pra gente. ”

Essa questão pode ser parcialmente explicada pela fragilidade sindical dos trabalhadores de nível operacional, pois conforme as empresas iniciam e encerram os contratos, os trabalhadores vão sendo vinculados a diferentes sindicatos, que não possuem nenhuma relação concreta com o dia-a-dia da instituição. As únicas vezes que os entrevistados mencionam presença sindical é quando eles se referem ao Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC-SN). A ASFOC interveio em alguns momentos, segundo os entrevistados, junto à Administração da Fiocruz.

Freitas (2007) critica a atuação de muitas áreas de gestão de pessoas, pois, nesses casos, a área de RH,

“mais preocupada com a sua própria sobrevivência e em mostrar serviços aplicando a última moda de pacote *prêt-à-porter*, se omite e deixa em aberto o caminho para que situações degradantes se repitam e se incorporem à cultura da organização. O setor que deveria ser guardião de alguns princípios básicos da boa convivência organizacional pode ser o primeiro a exibir a dolosa política de avestruz. ” (FREITAS, 2007, p. 03).

Um caso que merece destaque foi narrado por uma trabalhadora: um colega que atuava em uma cozinha foi atendido no ambulatório com muitas dores, e foi diagnosticado que ele possuía uma doença infectocontagiosa. O sujeito não podia estar trabalhando por 3 motivos:

1. Pela própria saúde, visto que ele estava com dores, e a doença estava se espalhando conforme ele não repousava;
2. Pela proteção dos colegas de trabalho;
3. Pela proteção das centenas de usuários do restaurante.

Quando questionado sobre o porquê de ele ter demorado para pedir ajuda (dando à doença a oportunidade de evoluir severamente), ele explicou que era proibido pela sua supervisão da empresa terceirizada. E ao receber tratamento no ambulatório da instituição e ser afastado para cuidar da saúde ele foi demitido da empresa. Um caso como esse, além de antiético e ilegal, depõe contra a missão institucional da Fiocruz. Há muitos outros casos narrados e, em essência, eles demonstram comportamentos de maximização de resultados financeiros às custas da saúde dos trabalhadores.

E15: “É assim mesmo, se eles sabem que a gente esteve lá com vocês (ambulatório), vem logo perguntando porque. Assim mesmo. O xxxxxx foi demitido mesmo, de licença, mandaram ele procurar os direitos dele na justiça. Cara, ele estava todo cheio daquelas manchas na pele ainda”

E12: “Teve uma época que eu fiquei uns 5 anos sem tirar férias – primeiro era o trabalho que não dava pra sair, depois foi a empresa que trocou duas vezes e nosso tempo sempre começa a contar do zero. ”

Da literatura surgem indicativos da relação de hipossuficiência e precariedade dos empregados e como essa relação desigual contribui para a perpetuação de adoecimento (DALE e DIAS, 2018; MINAYO-GOMES e THEDIM-COSTA, 1997). A maneira inconsequente das empresas tratarem a saúde de seus funcionários une-se à resistência dos trabalhadores em:

“Aceitar a condição de doentes. O medo de perder o emprego – garantia imediata de sobrevivência – aliado aos mais variados constrangimentos que marcam a trajetória do trabalhador doente, “afastado” do trabalho, mascara, em muitos casos, a percepção dos indícios de comprometimento da saúde ou desloca-os para outras esferas da vida, inibindo ou protelando, frequentemente, ações mais incisivas de reivindicação às instâncias responsáveis pela garantia da saúde no trabalho. ” (MINAYO-GOMES e THEDIM-COSTA, 1997, p.24)

Os entrevistados explicam que trabalhar sentindo dor é algo comum. Ou pelo menos para 4 dos 5 terceirizados entrevistados, tomar medicamentos para conter as dores e/ou febre e vir para o trabalho demonstra que eles são confiáveis, presentes, nunca faltam ao serviço.

E13: “Eu procuro dar o exemplo, sabe? Eu tenho que ser responsável. Não posso deixar de vir por qualquer gripezinha, se não já viu... tenho duas dúzias de subordinados aqui... gente de todo o tipo... tem uns que parecem uns touros de tão fortes, outros ficam doentes à toa. Não posso dar mole. ”

E14: “É assim mesmo, a gente não pode faltar por qualquer coisinha não. Se eu faltar todas as vezes que esse pulso reclama... *oxi*, não venho nunca. Mas não adianta, já operei isso aqui (mostrando o braço com cicatrizes) duas vezes. Tem jeito não. É um gelinho e um remedinho – pronto! ”

E15: “A gente faz assim: só vai no médico quando precisa mesmo, sabe? Não precisa ir toda hora, se não já viu, na minha idade, sempre aparece alguma coisa. Não posso ficar faltando pra fazer exame toda hora, o pessoal já fica ligado, e começa a fazer piadinha. ”

Dale e Dias (2018, p.227) explicam que, o ato de “continuar realizando seu trabalho mesmo doentes e com dor, não revelava uma escolha, mas sim uma condição de vida dessas pessoas, na qual a sobrevivência ainda se destaca como necessidade primeira. ”

O estudo de Jorge da Hora (2011) identificou a mesma realidade problemática, não se limitando à saúde dos trabalhadores, mas aos direitos trabalhistas e previdenciários:

“Existe muito desrespeito e muitas violações de direitos relativas ao trabalhador terceirizado. É inadmissível que, sob o manto protetor da Administração Pública, legítimo representante do Estado Democrático de Direito, situações de conduta negativa das empresas em relação a seus empregados não sejam imediatamente identificadas e tratadas com o rigor dos instrumentos legais colocados à disposição da Administração.

Não se pode aceitar que trabalhadores sejam obrigados a pedir demissão para que empresas inescrupulosas se beneficiem das verbas provisionadas pela Administração. Foram vários os depoimentos que comprovaram essa violação. Assim, isso pode vir a se configurar como crime de apropriação indébita, merecendo apuração rigorosa no sentido de estancar do mercado essas empresas inidôneas que maculam a imagem institucional e usurpam os direitos dos hipossuficientes nesse processo. ” (DA HORA, 2011, p. 125)

Essas relações conturbadas entre fiscais de contrato e supervisores de empresa são descritas pelos entrevistados como comuns. Pelo que foi compreendido, o supervisor tem respeito (e até um certo medo), pelos fiscais de contrato porque estes podem glosar suas faturas, não as pagar, ou tomar outras medidas administrativas previstas em contrato. No entanto, muitas situações escapam à observação do fiscal, ou simplesmente não há evidência concreta para que ele possa agir com rigor necessário. Novamente o comportamento nocivo de Agente decorrente da assimetria de informações entre os supervisores das empresas e os fiscais de contrato se faz presente.

E14: “Eles só respeitam o servidor fiscal mesmo. (...) Na empresa que estava aqui antes, foi muito estranho – eles mandaram a gente fazer os exames fora, lá no Centro, e perdemos um dia inteiro na fila pra o médico nem olhar pra nossa cara, eu acho que entrei pra fazer o exame e sai em uns 5 minutos. (...) Poxa, mas eu entendo o xxxxxx, ele é gente boa e super-ocupado com coisas da operação mesmo, muita responsabilidade, não tem como ele acompanhar a gente nesses exames. ”

Os terceirizados narram também que é essencial haver um ambulatório de Saúde do Trabalhador que eles possam recorrer. Um exemplo trazido foi de uma funcionária que tinha dores abdominais. Durante a investigação surgiu a suspeita de que as dores eram decorrentes de um problema vascular nas pernas e no final o que surgiu foi um grave caso de câncer que foi operado com urgência. Não fosse a celeridade do acesso a médicos competentes investigando, considerando os prazos ambulatoriais do SUS, a trabalhadora não teria chance. Por vezes a questão é o simples acesso a um antibiótico: acessível somente por prescrição médica, pode evitar que um trabalhador piore e tenha que ser internado.

E15: “Poxa, aqui a gente é bem tratada, as médicas me conhecem. Se eu for lá fora, fico o dia todo na fila e as vezes ainda saio sem um papel, sem remédio, sem nada. ”

E13: “Eu acho importante ter acesso ao ambulatório, aos bombeiros civis e à brigada. Ficamos muito mais tranquilos sabendo que as equipes estão aí para atender ao pessoal. Toda semana a gente tem pelo menos uma pressãozinha que sobe ou alguém que precisa de um curativo. ”

Algumas unidades da Fiocruz possuem programas voltados à saúde dos trabalhadores, e os entrevistados reconhecem esses programas como fundamentais, apesar de alguns reclamarem da falta de tempo para participar das atividades. Exemplos são programas existentes nas unidades da Fiocruz são controle do tabagismo, combate ao sobrepeso, controle de hipertensão e diabetes, imunização, entre outros.

E11: “A Fiocruz tem alguns programas bem legais. Eu trabalhei em um lugar que tinha um grupo para ajudar a parar de fumar e outro para controlar o peso – comigo funcionou, emagreci bem. Mas na correria que eu ando hoje em dia acho que já achei meus quilos de novo. ”

E14: “Onde eu trabalho tem um programa só para as grávidas, e é muito bom. Tem alimentação especial, eles tiram a gente de perto dos lugares com produto químico, tem consulta médica e encontro pra falar sobre amamentação e parto. ”

Os entrevistados fazem referência à falta de tempo, ou à “correria” como justificativas para não participar ou interromper a participação em programas de saúde institucionais. Considerando os potenciais benefícios dos referidos programas, principalmente por terem características preventivas e educativas, levanta-se a possibilidade de haver medo de perder o emprego como um fator que pesa nesta relação precarizadas de emprego terceirizado.

Jorge da Hora (2011, p. 214) ainda nos esclarece que, sob o ponto de vista do trabalhador, nota-se um sentimento de “desvalorização e de discriminação, por fazer parte de um contingente terceirizado. Essa parcela da força de trabalho, em verdade, é quem mais sofre com as situações de inadimplência das obrigações trabalhistas, previdenciárias e sociais por parte das empresas contratadas. ”

A seguir segue um quadro representando as aglutinações sucessivas em direção às categorias finais. Foram considerados os elementos de resposta (frases) que foram sendo enquadrados de acordo com o Marco Teórico e as categorias emergentes.

4.6 Estruturação da Análise de Conteúdo.

Conforme descrito na metodologia, a partir da fala dos entrevistados, por meio de um processo de análise do conteúdo, houve a identificação de elementos relevantes (frases), posteriormente aglutinadas na forma de categorias iniciais. Para efeito deste estudo, surgem então as situações-problema, conforme percebidas pelos entrevistados. Os dados então foram tratados por processos de sucessiva análise e aglutinação, à luz do Marco Teórico, de maneira que emergiram as 9 categorias intermediárias e as 4 categorias finais.

TABELA 8- QUADRO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

MARCO TEÓRICO	CATEGORIAS FINAIS - Definidas a priori e emergentes	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS - Emergentes	CATEGORIAS INICIAIS - Análise do conteúdo
Saúde do Trabalhador	Participação dos trabalhadores terceirizados	Trabalhador terceirizado desinformado	Desconhecimento sobre Saúde do Trabalhador
			Desconhecimento sobre os processos de trabalho
			Baixa influência sobre os processos de trabalho
		Baixa influência sobre o ambiente de trabalho	Não controle sobre o maquinário
			Baixo controle sobre os ambientes físicos
			Baixo controle sobre os processos de trabalho
		Trabalhador com medo/receio de participar	Comissões de prevenção a acidentes de trabalho inexistentes ou pouco funcionais

	Questões básicas de Saúde Ocupacional	Requisitos mínimos para um sistema de saúde e segurança do trabalho	Trabalhador se percebe como parte hipossuficiente - insegurança para agir.
			Baixo interesse de um grupo de trabalhadores em melhorar seu ambiente e perder adicionais ocupacionais
			Análises de riscos ocupacionais e laudos ambientais inexistentes ou de baixa qualidade
			Programas de prevenção de riscos ambientais e programas de controle médico e saúde ocupacional inexistentes ou de baixa qualidade
		Monetização da Saúde	Planos de emergência deficientes ou insuficientes
			Incentivos financeiros por periculosidade e insalubridade
			Uso de reagentes nocivos à saúde nos laboratórios (ex. carcinogênicos)
Teoria da Agência	Modelos de contratação e incentivos ao comportamento do agente	Risco moral	Existência de incentivos à minimização dos custos
			Inexistência de penalidade específica para falta de cuidados
			Inexistência de penalidade específica para acidentes e óbitos ocupacionais
			Empresas que simplesmente desaparecem deixando centenas de trabalhadores sem seus direitos e a Fiocruz acaba sendo arrolada
		Seleção Adversa	Acidentes e adoecimentos nem sempre reportados (subnotificação)
			Proibição dos trabalhadores receberem assistência nos ambulatorios da Fiocruz
			Exames periódicos não realizados ou realizados com baixa qualidade (ex. exames "coletivos").
	Questões de organização interna do trabalho	Fiscais com carência de informação e formação	Desconhecimento pelos fiscais sobre Saúde do Trabalhador

			Desconhecimento pelos fiscais sobre Direitos Sociais
			Falta de uma consultoria interna.
		Fiscais sobrecarregados	Fiscais e gestores com acúmulo de tarefas de verificação de recolhimento de tributos e obrigações sociais das empresas
			Fiscais responsáveis por todos os problemas decorrentes dos contratos, inclusive doenças e acidentes
			Fiscais respondendo aos órgãos de controle (CGU, TCU etc.)
			Fiscais como prepostos perante à Justiça do trabalho em caso de demandas trabalhistas.
			Fiocruz com mais terceirizados do que servidores públicos. Em 2 unidades chegando a 75% da força de trabalho.

Fonte: Elaboração do autor a partir dos resultados da pesquisa.

A Tabela 9 representa a estruturação do processo de análise, bem como ela auxilia a visualização dos resultados e a compreensão entre as relações de pertencimento de cada elemento e categoria.

4.7 Resultados decorrentes da análise dos contratos.

Os conteúdos dos contratos foram considerados complementares à fala dos entrevistados, contribuindo para adicionar evidências. As seguintes categorias não obtiveram elementos ligados a elas durante a exploração dos contratos públicos de terceirização: trabalhador terceirizado desinformado; trabalhador com medo/receio de participar; fiscais com carência de informação e formação; e fiscais sobrecarregados. Todas estas ausências se justificam pela temática destas categorias estar vinculada às questões organizacionais, como, por exemplo, carga de trabalho e falta de formação dos fiscais (nos temas ligados à Saúde) e uma cultura de medo de demissão.

Abaixo são exploradas as descobertas por categoria.

4.7.1 Resultados da categoria: baixa influência sobre o ambiente de trabalho.

Questão que surge na fala dos fiscais e dos profissionais de saúde, trata de um problema em relação ao domínio dos espaços físicos, bem como das tecnologias e processos de trabalho. Em regra, as empresas aceitam contratos para fornecer mão-de-obra para ocupar espaços pré-existent, com equipamentos industriais e laboratoriais da Administração Pública Federal já instalados, portanto as contratadas não participaram das escolhas dos mesmos, bem como dos projetos dos espaços físicos.

Quando os equipamentos são perigosos, ou trazem algum tipo de risco ocupacional (por exemplo, ruído ou vibração), as empresas contratadas não possuem gestão sobre eles. Como há uma separação entre processos licitatórios de aquisição de bens materiais e aquisição de serviços, cria-se um desafio para a APF, considerando que em ambos, o método predominante é buscar sempre os menores preços.

Desta maneira, as empresas contratadas possuem capacidade reduzida de modificar o ambiente físico de trabalho. Assim sendo, mais distantes ainda nas relações de poder e vinculados à empresa contratada, os trabalhadores terceirizados acabam por não possuírem controle algum sobre os ambientes e processos de trabalho, o que cria dificuldades para implementação de um ambiente saudável.

4.7.2 Resultados da categoria Requisitos mínimos para um sistema de saúde e segurança do trabalho.

Considerando que o fiscal do contrato é aquele servidor público que possui responsabilidade e autoridade para atuar em todos os desvios cometidos pela contratada, e lembrando que ele somente pode atuar nos limites do que a Lei e o contrato público explicitamente autorizarem; os elementos dos contratos que validem sua atuação para melhorar as condições de saúde dos terceirizados são relevantes.

Desta forma, identificou-se que em todos os contratos havia alguma expressão de comando sobre a empresa para “cumprir a legislação trabalhista”. Pode parecer repetitivo, mas esse tipo de instrumento autoriza o fiscal a pedir evidências do cumprimento das leis, o que

contribui com as bases mínimas para se desenvolver um sistema de saúde e segurança ocupacionais. Cumprimento da legislação inclui a elaboração dos laudos e programas de riscos ambientais, bem como a realização de exames médicos ocupacionais.

No entanto, apenas 4 (de 21) contratos continham instruções específicas para elaboração e entrega dos laudos ambientais, PPRA e PCMSO. Essas instruções específicas também favorecem a ação do fiscal. Foi identificada uma grande variabilidade em termos de prazos de tolerância, entre 30 e 180 dias de prazo para entrega de laudos e demais documentos obrigatórios.

Em apenas 19% dos contratos foram encontradas referências às emergências, mas de maneira genérica, como, por exemplo: "a contratada tomará todas as providências cabíveis no caso de acidente". Não foi encontrado detalhamento de como serão os procedimentos ou sobre como estes serão ajustados com a contratante. Isso traz riscos de se ter o trabalhador desprovido de meios para chegar a um pronto-socorro, por exemplo.

4.7.3 Resultados da categoria Monetização da Saúde.

A monetização da saúde significa o pagamento de “um adicional em decorrência da exposição do trabalhador a agentes nocivos à sua saúde. Trata-se de compensar o trabalhador pecuniariamente pelos possíveis danos a que ele está sujeito por força do trabalho.” (MAFRA, 2014, p.49)

Fortino (2012, apud OLIVEIRA e GARCIA, 2016) explica que existem em antigas e novas formas de penosidade, sendo:

“As primeiras são aquelas que requerem esforços físicos dos trabalhadores, relacionadas ao trabalho industrial, que os expõe a riscos químicos, físicos e/ou biológicos ou acidentes de trabalho. Apesar de denominadas antigas, essas condições de trabalho não desapareceram, mas acentuaram-se ao longo dos anos 1990. Já as novas formas de penosidade estão caracterizadas pela intensificação da atividade laboral, pela precarização e degradação das instalações e ambiente de trabalho, pelo isolamento profissional, excesso de jornada, e pela incessante reorganização das estruturas produtivas que levam ao sofrimento do trabalhador.”

Na análise dos contratos, identificou-se referência ao pagamento de insalubridade em 81% dos mesmos, incluindo tabelas que orientam os valores a serem pagos, bem como os custos para a APF.

No entanto, em nenhum dos contratos foi identificado um plano ou metas para redução da exposição à insalubridade ou periculosidade dos trabalhadores, ou seja, a empresa neste caso limita-se a pagar (e cobrar da APF) os valores previstos na legislação, mas sem qualquer compromisso contratual de preservação e melhoria das fontes da insalubridade ou periculosidade. Lembrando que, de acordo com o Modelo Principal-Agente, sem incentivos o agente não tende a resolver os problemas. Nesse caso ele possui um incentivo para manter os pagamentos, visto que um percentual dos mesmos se revertem em taxas administrativas.

Destaca-se que, conforme apresentado no Marco teórico, Hotte, Mahony e Nelson (2016) chamam a atenção para a questão de que o conjunto de incentivos que o Principal oferece pode encorajar, ao invés de desencorajar o comportamento nocivo do Agente. Em outras palavras: sob o aspecto financeiro, quanto mais se paga insalubridade e periculosidade, maiores os valores a serem recebidos pela contratante, portanto ela está não está incentivada a buscar soluções para melhorar as condições de saúde de seus trabalhadores, exatamente o contrário.

4.7.4 Resultados da categoria Risco Moral.

O processo licitatório público foi criado para pressionar os custos da APF para baixo. Isso é particularmente verdadeiro no Pregão Eletrônico, que é extremamente impessoal e, segundo o Portal de Compras Governamentais, é definido como:

“Uma modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços comuns no âmbito da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos pelo edital, por meio de especificações usuais no mercado.” (BRASIL, 2018)

Apesar da economia de custos ser um objetivo público desejável, uma das externalidades negativas do processo é a situação precarizada em que os trabalhadores acabam se encontrando. Com remuneração reduzida, benefícios cumprindo o mínimo que o contrato exige, e muita sensação de insegurança sobre o futuro de suas relações de trabalho. Em outras palavras, o contratado é incentivado a fazer o mínimo e nada mais pelos seus empregados.

O risco moral envolve situações onde as ações dos agentes não são de conhecimento do principal ou são muito onerosas para serem observadas (ARROW, 1985), ou seja, ações indesejáveis ou omissões por parte da contratada. No contexto deste estudo, ações ou omissões que são potencialmente nocivas à saúde dos trabalhadores e tendem a permanecer ocultas.

Na busca por elementos sistemas de incentivo promovido pelo Principal (na forma dos contratos), que poderia ser utilizado para mitigar o efeito do Risco Moral, não foi localizada cláusula de incentivo financeiro por ações que tenham impactos positivos sobre a saúde e segurança ocupacionais. Em outras palavras, não foram detectados elementos que se aproveitem da possibilidade de incentivação do Agente por parte do Principal para atuar na melhoria das relações de saúde-doença e influenciar nos espaços de trabalho.

Ademais, a remuneração das empresas contratadas é calculada, em regra, em valores absolutos, como uma função por posto de trabalho, mas não inclui indicadores de saúde e segurança que alterem a remuneração da empresa no caso de doenças e acidentes de trabalho. Quando muito, exigem a substituição do trabalhador incapaz. Esta lógica traz pouco incentivo às empresas por conta da Seguridade Social, que assume este custo e é paga pelos cofres públicos. No caso de doenças ou acidentes graves (15 dias ou mais de afastamento), o trabalhador passa a ter sua remuneração sustentada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), de maneira que a empresa nunca terá custo para mantê-lo. Em outras palavras, do ponto de vista financeiro, não há incentivo contratual para evitar doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.

4.7.5 Resultados da categoria Seleção Adversa.

A Seleção Adversa surge de maneira complementar ao Risco Moral e está relacionada diretamente à assimetria de informações. O Agente tende a ter mais informações que o Principal e, no presente estudo, tende a conhecer os problemas de saúde ocupacionais e ocultá-los.

Para se ter uma boa gestão de saúde e segurança, os trabalhadores e gestores, bem como os fiscais de contrato precisam ser envolvidos, e um dos caminhos seria a transparência das ações de saúde e segurança, suas estratégias, prioridades e metas. Porém, não foi localizado elemento contratual de incentivo financeiro para transparência na gestão de saúde e segurança

ocupacionais. Aqui se encontra terreno fértil para a presença da Seleção Adversa, pois a empresa contratada não possui estímulo para reduzir a assimetria de informações.

Em outras palavras, inexistente a obrigação das empresas em reportar a sua estratégia de saúde e segurança ocupacionais, de relatar os principais problemas ambientais ou mesmo de relatar acidentes e desenvolver estratégias para evitá-los. Estas ausências contratuais abrem as portas para as empresas focalizarem apenas no que consta no contrato, objeto principal, e fragiliza as relações de trabalho.

Além disso, também não foi localizada menção às penalidades específicas por ocultamento de informações, por recusa a registrar acidentes de trabalho, ou outra forma de dissimulação. Nas entrevistas e nos dados públicos, fica evidente que a subnotificação de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho são severos entraves para o desenvolvimento de uma rede de proteção ao trabalhador (FUNDACENTRO, 2013).

Por fim, em 2 contratos foram identificados explicitamente comandos para a contratada ter médicos e engenheiros presentes fisicamente para realizar o trabalho, mesmo que em tempo parcial. Essa atitude aumenta a transparência e promove o convívio dos profissionais com os terceirizados, bem como fomenta o interesse daqueles por conhecer os espaços e as realidades de trabalho destes.

4.8 Elaboração da tabela de exploração dos contratos.

Complementando os dados das entrevistas, e com o objetivo de estruturar os elementos de descoberta dos contratos, bem como facilitar sua visualização, foi elaborada a Tabela 10. Conforme discutido anteriormente, as categorias iniciais foram formadas por aglutinação de elementos das entrevistas e posteriormente foram aglutinadas para formar as categorias intermediárias, aqui utilizadas como referência para busca de elementos nos contratos.

TABELA 9- EXPLORAÇÃO DOS CONTRATOS

CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	ANÁLISE DOS ELEMENTOS CONTRATUAIS
Baixa influência sobre o ambiente de trabalho	Nos 21 contratos analisados, não constam referências ao domínio do ambiente de trabalho pela contratada, confirmando que o maquinário e os espaços físicos permanecem sob responsabilidade da contratante.
Requisitos mínimos para um sistema de saúde e segurança do trabalho	Foram identificados comandos para "fazer cumprir a legislação trabalhista" em 100% dos contratos analisados.
	Apenas 4, dos 21 continham instruções específicas para elaboração e entrega dos laudos ambientais, PPRA e PCMSO.
	Nestes, o prazo menor foi de 30 dias e o maior 180 dias, demonstrando grande variabilidade de tolerância aos prazos.
	19% dos contratos contém referência às emergências, mas de maneira genérica: "a contratada tomará todas as providências cabíveis no caso de acidente". Não há detalhamento de como serão os procedimentos ou sobre como estes serão ajustados com a contratante.
Monetização da Saúde	Existe referência ao pagamento de insalubridade em 81% dos contratos.
	Em nenhum dos contratos foi encontrado um plano ou metas para redução da exposição à insalubridade ou periculosidade.
Risco moral	O processo licitatório combinado com as cláusulas de aditivção pressionam o custo para baixo sempre.
	Não foi localizada cláusula de incentivo financeiro para transparência na gestão de saúde e segurança ocupacionais.
	Não foi localizada menção às penalidades específicas por ocultamento de informações, recusa a registrar acidentes de trabalho, ou outra forma de dissimulação.
Seleção Adversa	Não foi localizada cláusula de incentivo financeiro por ações que tenham impactos positivos sobre a saúde e segurança ocupacionais.
	Não foi localizada menção às penalidades específicas por adoecimento ocupacional, acidentes de trabalho e/ou óbitos em serviço.
	Apenas 2, dos 21 apresentaram explicitamente comandos para a contratada ter médicos e engenheiros presentes fisicamente para realizar o trabalho, mesmo que em tempo parcial.

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa.

Após a coleta de dados a partir das entrevistas, combinadas com as informações dos contratos, dos relatórios gerenciais, das informações públicas e com a literatura, tem-se condição de responder à questão que motivou o presente estudo: que elementos decorrentes da relação entre a administração pública e empresas de alocação de mão de obra terceirizada influenciam nos processos saúde-doença dos trabalhadores terceirizados?

Durante o estudo, foi identificado um conjunto de 29 elementos que impactam os processos de gestão da saúde dos trabalhadores (direta ou indiretamente).

No próximo capítulo, de maneira complementar e com o objetivo de realizar uma contribuição para a instituição pesquisada, o presente estudo traz uma discussão sobre os principais achados do estudo, bem como propostas para lidar com as situações-problema identificadas.

5. DISCUSSÃO E PROPOSTAS PARA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Considerando a importância da contribuição social da pesquisa científica; assim como a característica singular do mestrado profissional, onde há foco na contribuição dos resultados para o desenvolvimento institucional do campo onde se desenvolve; optou-se por realizar a discussão sobre os resultados da pesquisa a partir de um diálogo constante com proposições passíveis de serem implementadas na instituição, a partir da realidade estudada.

Desta forma, para cada bloco de análise (por categoria), além das discussões sobre os resultados, apresenta-se um conjunto de proposições que não devem ser confundidos com os resultados do estudo, mas sim confrontados com a realidade gerencial e o *hall* de escolhas próprios da gestão da instituição pesquisada.

A instituição estudada possui uma longa história, e realiza entregas relevantes no campo da Ciência e Tecnologia em Saúde para a Sociedade Brasileira. Segundo Gadelha (2017), “o conhecimento a serviço da vida envolve transformar o pensamento prospectivo em políticas institucionais concretas”.

O compromisso com a promoção da Saúde do Trabalhador é parte essencial da missão institucional e, como qualquer elemento de missão, cabe à gestão criar as condições para realização da mesma.

Portanto, o conjunto de mudanças aqui propostas foram desenvolvidas com o progresso institucional em mente, e considerando a missão e os valores da Fundação. Revisitando a Missão da Fiocruz, de acordo com o Portal Institucional (grifo meu):

“Produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que contribuam para a **promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira**, para a **redução das desigualdades sociais** e para a dinâmica nacional de inovação, tendo a **defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais**. ” (Fiocruz, Portal, 2017).

E seus valores (grifo do autor):

1 - Compromisso institucional com o caráter público e estatal.

2 - Ciência e inovação como base do desenvolvimento socioeconômico e da promoção da saúde.

- 3 - **Ética** e transparência.
- 4 - **Cooperação e integração.**
- 5 - Diversidade étnica, de gênero e sociocultural.
- 6 - **Valorização dos trabalhadores, alunos e colaboradores.**
- 7 - Qualidade e excelência.
- 8 - **Redução das iniquidades.**
- 9 - Compromisso com as principais metas de transformação social do Estado brasileiro.
- 10 - **Compromisso socioambiental.**
- 11 - Democracia participativa.
- 12 - Democratização do conhecimento.
- 13 - **Educação como processo emancipatório.** (Fiocruz, Portal, 2017).

O presente estudo apresenta propostas que têm o potencial de contribuir para o aprimoramento da gestão e desenvolvimento institucional, visando o cumprimento da sua missão e mantendo observância aos valores institucionais.

Considerando o modelo de governança e o porte da instituição, o presente estudo não propõe que qualquer medida seja auto executável, muito pelo contrário. A mudança sempre é desafiadora, e a implementação de qualquer uma das propostas apresentadas será um projeto específico. A contribuição deste estudo se encerra no apontamento de caminhos promissores e objetivos estratégicos a serem alcançados para aprimorar a gestão da Saúde do Trabalhador.

Desta maneira, as propostas aqui apresentadas objetivam contribuir com o crescimento da instituição e, como qualquer mudança relevante, de acordo com Paulo Motta (1997), só será possível partindo de um compromisso ideológico, seguido do imperativo ambiental, a reinterpretação da realidade, a intenção social e - por fim - a transformação individual. O presente estudo discute a seguir um conjunto de iniciativas, elaborada a partir dos elementos do Marco Teórico combinados com as descobertas apresentadas no capítulo anterior, divididas pelas categorias estudadas.

5.1 Categoria final: Participação dos trabalhadores terceirizados

A participação dos trabalhadores nas decisões sobre os processos de trabalho está no centro das discussões contemporâneas sobre Saúde do Trabalhador. Durante o percurso do estudo, surgiram falas dos entrevistados denotando uma baixa participação dos trabalhadores no controle dos processos e ambientes de trabalho, portanto baixa influência sobre os seus processos de saúde-doença.

5.1.1 Categoria Intermediária: Trabalhador terceirizado desinformado

Esta categoria consolida as questões da desinformação dos trabalhadores sobre os próprios direitos, sobre a própria saúde e aqui somam-se vários fatores: desconhecimento sobre o tema, desconhecimento sobre os processos de trabalho e baixa influência sobre os mesmos.

Há ocasiões em que os trabalhadores não compreendem a gravidade da situação por desconhecimento sobre os temas, principalmente no que tange à higiene ocupacional. O uso de equipamentos de proteção, a higienização das mãos, não ter contato com uniformes contaminados (e não os levar para casa) são exemplos típicos.

De acordo com os profissionais de saúde, há também o baixo nível em educação sanitária em muitos casos, o que traz desafios na compreensão sobre saúde da mulher, saúde do homem, nutrição, necessidade de atividades físicas, entre outros temas. Casos de evolução de doenças tratáveis não são incomuns.

Durante as entrevistas surgem também situações onde o trabalhador até conhece seus direitos, mas não sabe o caminho seguro para reivindicá-los, ou pelo menos, não visualiza saída para sua condição de doente.

As frases que denotam o sentimento de não-participação foram ditas tanto pelos terceirizados, quanto por profissionais de Saúde do Trabalhador, geralmente vinculadas a impressão de serem sempre “os últimos a saberem das mudanças”.

Essas falas denotam uma cultura gerencial que não inclui os terceirizados nas discussões sobre os processos de trabalho, sobre as mudanças de layout, sobre alterações de turnos de trabalho etc. Essa falta de informações é elemento contrário ao desenvolvimento de relações mais saudáveis no ambiente de trabalho.

5.1.2 Categoria Intermediária: Baixa influência sobre o ambiente de trabalho

Guardando íntima relação com o item anterior, os trabalhadores terceirizados e os profissionais de Saúde do Trabalhador sinalizaram que as decisões sobre os processos de trabalho frequentemente são tomadas sem ampla discussão. Nesta categoria se reúnem as questões ligadas ao baixo controle sobre os ambientes, sobre os processos e sobre o maquinário.

O mesmo acontece em relação às medidas de segurança, não havendo o hábito de convidar os terceirizados a discutir as melhores maneiras de manter o local salubre e o ambiente seguro.

A baixa informação combinada com o sentimento de impotência perante as decisões sobre os processos e ambientes de trabalho alienam o trabalhador, criando entraves para o desenvolvimento de relações de trabalho mais saudáveis.

Há duas dimensões desse problema: na primeira, a gestão dos ambientes físicos de trabalho é – em regra – responsabilidade da Administração Pública, de maneira que as empresas terceirizadoras de mão-de-obra ficam responsáveis pelos postos de trabalho. Nos contratos analisados, há cláusulas mencionando o cuidado para não danificar o patrimônio público, mas a gestão do mesmo não fica com a contratada. Em regra, quem decide sobre os projetos dos ambientes de trabalho, bem como os grandes equipamentos são os representantes da APF.

Essa limitação se reflete em programas de prevenção de riscos ambientais extremamente básicos, com pouca (ou nenhuma) ação para efetivamente melhorar os ambientes. A ação mais comum encontrada nos PPRAs é limitar-se a distribuir equipamentos de proteção individual (EPI), combinada com a manutenção de uma estrutura burocrática com o objetivo de provar que os terceirizados receberam sua cota de equipamentos e estão cientes de sua obrigação de utilizá-los.

Nesse caso, o foco acaba sendo a blindagem jurídica da empresa, para que, caso aconteça um acidente, seus responsáveis possam argumentar que fizeram todo o possível. Nesse caso, durante a posterior análise e busca um culpado, frequentemente a culpa recai sobre o próprio trabalhador, em especial se ele não portava algum dos EPIs.

Na segunda dimensão do problema da baixa influência sobre o ambiente de trabalho, têm-se os próprios terceirizados, como elo frágil de uma cadeia contratual. Se a própria empresa não domina completamente os espaços físicos, os terceirizados frequentemente também não se apropriam do espaço organizacional. As tarefas são distribuídas por meio de um padrão

hierárquico que usualmente não deixa muito espaço para a opinião do terceirizado. Ainda é possível perceber forte influência do Modelo Taylorista, com divisão de tarefas e níveis rígidos. As unidades produtivas e de desenvolvimento tecnológico possuem padrões pré-definidos de trabalho, os “procedimentos operacionais padronizados”, frequentemente elaborados pelos níveis hierárquicos superiores para serem executados na base operacional.

Evidente que existem vantagens de padronização de atividades profissionais em uma grande organização, mas segundo os entrevistados, frequentemente eles são informados sobre os novos padrões de trabalho, ao invés de participar da elaboração dos mesmos. Portanto, essa dimensão também evidencia uma reduzida influência do terceirizado nos processos de trabalho, e por vezes uma expropriação dos mesmos pelos níveis superiores.

5.1.3 Categoria Intermediária: Trabalhador com medo/receio de participar

Essa questão surge na voz de todos os terceirizados, bem como na fala de outros entrevistados da área da saúde: o medo de participar, de se envolver, buscando qualquer tipo de mudança, e ver seu emprego, seu sustento, ameaçado. Aqui também se concentram as questões ligadas às dificuldades de se ter coletivos de trabalhadores que sejam efetivos.

Um dos problemas que surge em meio às relações precarizadas de trabalho é o assédio moral. Freitas (2007) discute os efeitos nocivos do assédio moral no trabalho e destaca a importância do aspecto social desse fenômeno:

“O âmbito social tem sido completamente ignorado, porém existem preços pagos por todos numa sociedade quando indivíduos são massacrados pela prática de assédio, prática esta que atinge a todos nós. Basta que se atente para eventos como acidentes de trabalho e a incapacitação precoce de profissionais, o aumento de despesas médicas e benefícios previdenciários (licenças, hospitalizações, remédios subsidiados, longos tratamentos médicos), a elevação do nível de suicídios na sociedade, as aposentadorias precoces, a desestruturação familiar e social das vítimas, a perda do investimento social feito em educação e formação profissional, o custo do potencial produtivo desse profissional afastado por invalidez ou redução do seu potencial empregatício. **Cada vez que um profissional capaz é tornado incapaz, todos os indivíduos dessa sociedade pagam a conta.** Às questões de natureza médica e trabalhista juntam-se outras relacionadas aos custos dos processos judiciais e à sobrecarga do nosso já combalido sistema judiciário, com causas que poderiam ter sido evitadas ou ser solucionadas na esfera organizacional.” (FREITAS, 2007, p. 05, grifo do autor).

Essa questão decorre de uma combinação de fatores, tais como: a precariedade do vínculo de profissional terceirizado, a fragilidade da rede de proteção social brasileira, a falta de confiança na saúde contábil-financeira do empregador, e a situação socioeconômica do país (desemprego oficial vem aumentando nos últimos 5 anos). Portanto, quando o trabalhador pondera que sua própria subsistência está vinculada àquele emprego, que é instável com um vínculo precário, uma relação desigual se instala.

Surgem desta precarização das relações de trabalho dois problemas ligados ao presente tema: a possibilidade de desgaste psíquico por conta de uma relação de trabalho não-saudável, e a falta de interesse do trabalhador em intervir no *status quo*, por receio de retaliações.

Retaliações estas narradas pelos entrevistados, denotando um alto grau de insegurança, não somente pela precariedade inerente ao vínculo, mas pela descrença de que sejam possíveis grandes mudanças.

Abaixo seguem as propostas de caminhos para lidar com as questões acima descritas.

5.1.4 Propostas para aprimorar a participação dos trabalhadores terceirizados.

Proposta 01: Ampliação da difusão de conhecimento acerca de Saúde do Trabalhador para os servidores e trabalhadores terceirizados.

Um tema central no Campo da Saúde do Trabalhador é justamente a participação do mesmo. No entanto, sem conhecimento apropriado, a sua participação fica muito limitada. Considerando as potencialidades da instituição estudada, pode-se propor o aproveitamento da expertise dos profissionais, pesquisadores, gestores da Fiocruz e promover uma agenda de capacitação e sensibilização.

A Educação em Saúde é tema relevante nas 2 escolas da instituição, com grande potencial de compartilhamento deste conhecimento com os próprios trabalhadores da Fundação.

Essa, e outras práticas poderiam ser multiplicadas pela Fiocruz, obviamente adaptadas às realidades e necessidades de cada unidade. Por exemplo, uma escola possui muitos alunos (menores de idade), o que traz um tipo de atenção diferente (não podem entrar em ambientes

insalubres) de uma indústria farmacêutica (produtos químicos e processos mecanizados são comuns). O desenvolvimento de ambientes mais saudáveis é um objetivo previsto no planejamento estratégico da Fiocruz.

Um programa institucional que se destaca e que poderia interagir, ou mesmo, potencializar estas ações, é o Programa Fiocruz Saudável. Segundo Minayo (et al, 1988, p. 152), o Fiocruz Saudável fundamenta-se: “em reflexões acerca dos pressupostos de qualidade de vida e conforto ambiental que integram hoje o conceito de saúde. Da mesma forma, o novo paradigma ambiental – que supera a ideologia antropocêntrica presente em todas as teorias sociológicas e biomédicas anteriores. ”

Uma aproximação desta iniciativa com o Fiocruz Saudável teria um potencial grande de sinergia. Para potencializar esta iniciativa, a sugestão aqui é que seja montado um Grupo de Trabalho, ou comitê que envolva, no mínimo, representantes da Educação em Saúde, Saúde do Trabalhador, Gestão de Pessoas, pesquisadores de áreas afins, da COGEPE e/ou da Presidência.

O aumento da difusão interna desse conhecimento contribuiria para mitigar as situações-problema vinculadas ao desconhecimento do tema, bem como contribuiria para qualificar as discussões com vistas ao desenvolvimento de ambientes saudáveis (não apenas fisicamente higiênicos, mas também livres de assédios e comportamentos predatórios).

Proposta 02: Criação das Comissões de Saúde do Trabalhador.

Como parte das políticas federais em Saúde do Trabalhador foi editada a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS), que preconiza a criação das Comissões Internas de Saúde do Servidor Público (CISSP) nos órgãos e entidades da APF. A NOSS foi instituída na APF por meio da Portaria Normativa Nº 3/2010, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, que objetiva “definir diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor.” (MPDG, 2010)

Como um exemplo, a FUNDACENTRO, fundação vinculada ao Ministério do Trabalho, e que possui uma missão voltada à Segurança do Trabalho, tem uma CISSP com os seguintes objetivos, exatamente como prescritos na NOSS:

“Contribuir para uma gestão compartilhada entre gestores e servidores por meio de proposições voltadas à promoção da saúde e à humanização do trabalho, em especial a melhoria das condições de trabalho, prevenção de acidentes, de agravos à saúde e de doenças relacionadas ao Trabalho. Deve também propor atividades que desenvolvam atitudes de corresponsabilidade no gerenciamento da saúde e da segurança dos servidores e estimular a participação destes, enquanto protagonistas e detentores de conhecimento do processo de trabalho, na perspectiva de agentes transformadores da realidade.” (FUNDACENTRO, Portal, 2018)

As CISSP existem, em sua essência, para tornar o ambiente de trabalho mais sadio e salubre. De acordo com as informações das entrevistas e relatórios, na instituição pesquisada os terceirizados e servidores frequentemente dividem os espaços físicos, não havendo qualquer tipo de segregação. Assim sendo, as melhorias físicas e organizacionais nos ambientes de trabalho, notadamente a redução dos ambientes insalubres e perigosos seriam compartilhados entre servidores e terceirizados.

Como um exemplo, a fiscalização pelos pares, pelos próprios trabalhadores, ao discutir as questões de seus ambientes e processos de trabalho pode contribuir para conter o assédio moral (apontado nas entrevistas como problema sério na organização), ou pelo menos para tornar seu terreno “infértil” para seu desenvolvimento. FREITAS (2007) explicita as dificuldades com relação ao assunto, tão pernicioso e danoso para os trabalhadores.

“Sabemos que não existe organização perfeita e que as organizações criam interações múltiplas, algumas mais previsíveis que outras, mais desejáveis que outras. É da natureza das organizações a busca de um comportamento controlado de pessoas e de grupos, e algumas condições internas, próprias da definição e do controle da organização do trabalho, favorecem ou dificultam interações mais saudáveis e produtivas. Acreditamos que o assédio moral ocorre porque ele encontra um terreno fértil e que tende a se cristalizar como uma prática porque os seus autores não encontram maiores resistências organizacionais nem nas regras, nem na autoridade, nem na filosofia, ou seja, uma instância que impeça e puna essas ocorrências perversas.” (FREITAS, 2007)

Em termos de implementação, as CISSPs podem ser criadas em diversos modelos, sendo que, no caso da instituição estudada, poderia se criar uma primeira comissão no nível central, e a partir deste projeto-piloto proceder com as demais unidades. A essência destas comissões é o trabalho em equipe, conjugando representantes dos servidores e da APF para melhorar a condições de trabalho.

Proposta 03: Implementação da efetiva gestão e fiscalização dos procedimentos de criação das CIPAS e dos eventos de prevenção de acidentes de trabalho.

Conforme as entrevistas e relatórios apontam, muitas vezes as empresas não cumprem nem mesmo as obrigações legais básicas. Uma delas é a composição da Comissão Interna de Prevenção a Acidentes de Trabalho, regulamentada pela NR 05, e suas obrigações subsequentes.

Assim sendo, a referida norma preconiza que devem:

“Constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, **órgãos da administração direta e indireta**, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.” (NR 05, item 5.2, grifo do autor)

Por vezes as CIPAs são criadas formalmente, mas não possuem real função de analisar os adoecimentos e os acidentes de trabalho. Os “cipeiros” - como são coloquialmente chamados os membros da CIPA que representam os trabalhadores - são eleitos por eleição direta, onde votam os trabalhadores da empresa terceirizada que atuam em determinado *site* ou campus. Mesmo com os mecanismos de proteção ao emprego dos eleitos (estabilidade de emprego por 1 ano após o mandato), as atas disponíveis das CIPAs demonstram uma atuação rasa, quase cartorial de cumprimento de ritos, sem aprofundar nos processos de saúde-doença e nos acidentes de trabalho, aparentemente sem uma vinculação epidemiológica.

Além disso, as CIPAS que existem, usualmente atuam isoladamente, cada uma nas suas questões. Não é o que orienta a legislação (NR5) nem as boas práticas do ramo (FUNDACENTRO, 2013).

Considerando o campus maior da Fiocruz, bem como suas unidades produtivas que possuem múltiplos contratos, destaca-se as que as CIPAs deveriam ser integradas, trabalhando como uma rede de proteção aos trabalhadores:

“As empresas instaladas em centro comercial ou industrial estabelecerão, através de membros de CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo, podendo contar com a participação da administração do mesmo.” (NR 05, Item 5.5)

Em relação aos eventos obrigatórios, um destaque especial pode ser dado ao dever da CIPA de “Promover, anualmente, em conjunto com o Serviço Especializado em Segurança e

Medicina do Trabalho (SESMT) onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT) ”. (NR, 05, item 5.16). Este evento pode ter diversas formas, mas ele precisa trazer informações de interesse dos trabalhadores, bem como fomentar sua participação.

Este fomento pode se dar de diversas formas: as lideranças institucionais podem realizar os convites aos trabalhadores, trazendo visibilidade ao tema; as escalas de serviços devem ser ajustadas para permitir (e até incentivar) a participação dos terceirizados nas palestras e demais eventos; bem como pode-se desenvolver incentivos não-financeiros para atrair o público-alvo.

Algumas unidades da Fundação, notadamente suas 2 unidades de produção, já possuem a prática de promover a SIPAT, no entanto são movimentos isolados, de cada unidade e seus contratados.

O objetivo da presente proposta não é somente que se cumpra a Lei, apesar desta ser uma causa justa em si mesma, mas sim que a Administração Pública aproveite estes espaços de discussão de Saúde e Segurança do Trabalho para disseminar estratégias alinhadas aos seus objetivos institucionais de melhorar a saúde pública brasileira.

5.2 Categoria final: Questões básicas de Saúde Ocupacional.

Conforme discutido anteriormente, a Saúde do Trabalhador é um campo que está em evolução, com íntima relação com as questões sociais que envolvem os trabalhadores. Os profissionais desse campo precisam lidar com a complexidade das relações humanas, os processos de saúde-doença, os sentidos do trabalho, e por vezes com condições penosas de trabalho.

Existe um denso *framework* jurídico que permeia esse campo, um conjunto de leis e procedimentos formais que precisam ser observados (em especial as leis trabalhistas), bem como regras de atuação profissional de cada categoria profissional.

Apesar da densidade e contradições, essa densa malha é a materialização da atuação de diversas categorias profissionais que foram sendo incorporadas ao Campo da Saúde do Trabalhador, conforme discutido no capítulo do Marco Teórico.

Portanto, não se trata de excluir as contribuições da Medicina, da Engenharia, da Física, da Química ou da Biologia, e sim incorporá-las sob uma perspectiva integralizante no cuidado à saúde.

Em síntese, compreende-se Saúde do Trabalhador como “um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais e humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum.” (MINAYO-GOMES e THEDIM-COSTA, 1997, p.25).

5.2.1 Categoria Intermediária: Requisitos mínimos para um sistema de saúde e segurança do trabalho

Nesta categoria surgiram das entrevistas e documentos: as análises ambientais, os programas de prevenção de riscos ambientais, os planos de emergência e os programas médicos de saúde ocupacional são insuficientes ou mesmo inexistentes.

É necessário a compreensão histórica do crescimento desse campo científico e de suas práticas, bem como a trajetória contemporânea, que é o resultado de um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no Movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana. (Obra citada).

Observando como essa interdisciplinaridade se manifesta nas relações de terceirização de trabalho na APF, mantendo a perspectiva de Saúde do Trabalhador, fica evidente a relevância e a necessidade de profissionalismo no desenvolvimento das análises ambientais, que buscam identificar precocemente os riscos à saúde dos trabalhadores, e dos programas preventivos, que devem eliminar ou mitigar os riscos possuem relevância.

Um sistema de saúde e segurança do trabalho (SST) é parte do sistema de gestão de uma organização, que tem como objetivos desenvolver e implementar a política de SST, e gerir os riscos para a SST (OHSAS, 2007). O sistema de gestão de SST coordena o conjunto de ações necessárias para cumprir os objetivos, tais como: planejamento e execução de análises ambientais; desenvolvimento de planos de emergência e programas de prevenção e mitigação de riscos; execução de exames médicos e laboratoriais ocupacionais com periodicidade definida; análises de incidentes e acidentes; elaboração de relatórios gerenciais; entre outros. O sistema deve ter metas definidas para melhoria das condições ambientais, redução de acidentes,

adoecimentos ocupacionais e outros que lhe sejam apropriados, dependendo da realidade ocupacional do grupo em questão. Esses elementos são os requisitos mínimos para que se tenha um sistema de gestão de SST.

Não é o que apontam as entrevistas com os fiscais e com os profissionais de saúde do trabalhador, que questionam a baixíssima qualidade dos trabalhos apresentados, bem como casos de entrega de “documentos genéricos”, que não avaliam de fato os ambientes da APF. Ou seja, as empresas terceirizadas usualmente não demonstram ter capacidade gerencial para desenvolver esses sistemas de gestão de SST em níveis aceitáveis, e as externalidades de seus processos de SST são frequentemente objeto de crítica por parte dos entrevistados.

Parte disso se explica pelo exposto em seção anterior, pois as empresas que fornecem postos de trabalho em regra não dominam os espaços e, portanto, limitam suas ações aos trabalhadores. A segunda razão é a busca pelo serviço barato, mais lucrativo, portanto. Cabe destacar que o critério principal de escolha das empresas pelo Pregão Eletrônico é o menor preço, deixando, portanto, o faturamento futuro determinado, restando à contratada trabalhar sempre na redução de seus custos. Não é surpresa que, com frequência, a contratada escolha seus fornecedores de serviços de saúde e segurança do trabalho com o mesmo critério – menor preço.

Assim sendo, a qualidade dos serviços de saúde ocupacional é pressionada para baixo, antes mesmo das atividades se iniciarem e, seguindo a lógica do Modelo Principal-Agente, o Agente buscará ocultar suas falhas e prosseguir seus objetivos, neste caso o lucro decorrente de um contrato público, mesmo às custas da saúde dos trabalhadores precarizados.

Se não há incentivo para manter um sistema de gestão de saúde e segurança ocupacionais de qualidade, haverá sempre a tendência ao descaso e quem sente os impactos são os hipossuficientes. Aqui cabe destacar que mesmo que os salários sejam bons, ou pelo menos alinhados ao mercado, saúde não se compra, e, uma vez perdida, dificilmente se recupera, portanto, são hipossuficientes nesta ótica todos os terceirizados.

5.2.2 Categoria Intermediária: Monetização da Saúde

Na presente categoria, surgiram das entrevistas e se confirmaram na análise dos contratos elementos indicativos incentivos financeiros para o pagamento perene de adicionais de periculosidade e insalubridade, sem efetivos incentivos para melhoria dos ambientes laborais.

Conforme discutido anteriormente, os objetivos de um sistema de gestão de SST incluem a melhoria nas condições de trabalho, bem como a redução/mitigação dos riscos para os trabalhadores. No entanto, existe na legislação trabalhista a obrigatoriedade de indenizar os trabalhadores que estão expostos, temporariamente a condições penosas, insalubres, degradantes ou perigosas. Essa obrigação não elimina a obrigação descrita acima, porém frequentemente essa “monetização da saúde” é a única ação que as empresas contratadas tomam.

Como colocar um preço na Saúde? No caso do Brasil, esse valor é calculado com base na NR15 (MT), como um percentual do salário mínimo, hoje variando entre 10% para insalubridade mínima e 40% para grau máximo. A periculosidade vai de 10% a 20% do salário e não é acumulável com o adicional de insalubridade.

A intenção original destas medidas seria de melhorar a condição de vida do trabalhador e ao mesmo tempo criar custos que incentivassem os empregadores a melhorarem as condições de trabalho por meio de aquisição de novas tecnologias mais seguras, criação de processos de trabalho e cargas horárias menos sacrificantes, bem como outras medidas para reduzir impactos sobre a saúde. Segundo os entrevistados, o valor é baixo o suficiente para não motivar mudanças, mas é alto o suficiente para os trabalhadores o almejarem.

Juliana Mafra (2012) explica que a primeira finalidade do acréscimo salarial seria possibilitar uma alimentação mais adequada para o trabalhador. Porém, os valores são insuficientes para dar uma melhor condição de vida. A segunda finalidade da monetização seria onerar o empregador, induzindo a opção por desenvolver atividades de maneira que não agredisse a saúde do trabalhador. No entanto, essa finalidade também não é atingida, pois, por conta dos baixos valores, é mais interessante para o empregador manter as atividades laborais em ambientes inseguros e/ou insalubres e pagar o adicional do que investir em melhores condições de trabalho (MAFRA, 2012).

Um entrevistado exemplificou com o uso em laboratórios de reagentes carcinogênicos, extremamente perigosos para o Ser Humano, não havendo limites seguros de exposição, gera automaticamente o adicional de insalubridade para os trabalhadores. Se esse reagente fosse substituído por outro produto menos agressivo, é possível que o ambiente não fosse mais

considerado insalubre, portanto os próprios trabalhadores percebem essa mudança como uma perda e não são incentivados a contribuírem com esse tipo de mudança.

É uma situação problemática quando se admite ter trabalho habitual “em condições insalubres mediante o pagamento do adicional de insalubridade que, por definição, supõe a exposição dos trabalhadores a agentes nocivos à saúde acima dos limites de tolerância” (DARONCHO, 2012. p.09).

Cabe destacar que, apesar do foco maior deste ponto se concentrar sobre os agentes físicos, o sofrimento no trabalho e as condições degradantes e desiguais, como as situações de assédio e preconceito, por exemplo, também são fonte de adoecimento. De acordo com Dejours (1992), o trabalho deve ser considerado penoso quando desencadeia sofrimento psíquico.

Segundo Sato (1991), podem ser consideradas penosas as atividades que exigem esforços físicos e mentais capazes de causar, além de incômodo, sofrimento e desgaste ao indivíduo, podendo inclusive originar problemas de saúde não necessariamente classificados como doenças. Os sistemas de SST precisam ser capazes de detectar essas situações para que as devidas intervenções possam ser realizadas.

Em outros países, houve movimentos que, contrários à essa prática de monetizar o adoecimento, conseguiram implementar mudanças significativas. Um dos destaques mais mencionados na literatura (ALMEIDA, 2012, MENDES e DIAS, 1991) é o Movimento Operário Italiano, que:

“Introduziu significativas mudanças na legislação do trabalho, ao exemplo do Estatuto dos Trabalhadores, incorporando os princípios fundamentais do movimento dos trabalhadores tais como a não delegação da vigilância da saúde ao Estado, **a não monetização do risco**, a validação do saber dos trabalhadores, o acompanhamento da fiscalização e a melhora das condições e ambientes de trabalho”. (ALMEIDA, 2012, p.15, grifo do autor)

Na Espanha, o processo mostrou-se mais ligado aos princípios da prevenção e da precaução, pois “a restrição à exposição ao ambiente insalubre, por meio da redução da jornada, apenas é autorizada nas hipóteses em que se demonstre a impossibilidade de eliminação ou redução dos riscos ambientais por outras medidas de proteção ou prevenção adequadas.” (DARONCHO, 2012).

Na América Latina, no Uruguai e no Paraguai a solução encontrada foi manter a remuneração e reduzir as jornadas de trabalho dos postos que continham elementos agressivos à saúde.

“Ao invés de simplesmente prever a monetização compensatória pelo comprometimento da saúde do trabalhador que trabalha em ambiente agressivo (no caso do Brasil, com valores muito baixos, calculados na forma de percentual sobre o salário mínimo), dispõem de medida efetiva, pois determinam a redução das horas de trabalho – redução do tempo de exposição ao ambiente agressor - sem a redução da remuneração.” (Obra citada, 2012)

No caso específico da terceirização na APF, surge um outro fator: a remuneração das empresas em função dos gastos com a folha de pagamento. Conforme discutido anteriormente, esse fato cria incentivos financeiros para o pagamento de adicionais de insalubridade ou periculosidade, pois quanto maior o valor da folha, maior a fatura a ser cobrada da APF.

E não existe incentivo financeiro no sentido contrário, ou seja, não existe um incentivo proporcional ao atingimento de objetivos e metas de SST, de maneira que a tendência natural do Agente será a maximização de seus resultados financeiros, mantendo o status quo.

5.2.3 Propostas para fomentar o desenvolvimento de melhores condições básicas de Saúde e Segurança do Trabalho.

Proposta 04: Criação de Centro de Serviços Compartilhados em Saúde do Trabalhador.

Para introduzir a proposta, faz-se necessária uma breve discussão sobre a descentralização administrativa que vem acontecendo historicamente na instituição estudada.

O Segundo Congresso Interno da Fiocruz (Fiocruz, 1994) apontou a descentralização como diretriz a ser implementada visando aprimorar o relacionamento entre a Presidência e as Unidades, pois o funcionamento administrativo da Fundação encontrava-se altamente centralizado. Assim sendo a Fiocruz viveu um processo de decisão colegiada na busca da equidade entre as suas unidades que passaram a ter as mesmas oportunidades de defender suas necessidades de recursos orçamentários, assim como começaram a participar dos processos decisórios institucionais.

Cláudia Parente (2007) estudou a descentralização da Fiocruz e explica que:

“O processo de descentralização administrativa das Unidades, iniciado em 1995, objetivou descentralizar ações administrativas de competência do nível central não só desconcentrando as atividades de gestão no campo da execução orçamentária, financeira e patrimonial, mas concedendo delegação⁴ de competência às Unidades Técnico-Científicas, de forma a alcançar uma maior autonomia e flexibilidade administrativa e gerencial.” (PARENTE, 2007, p.24)

A publicação da Portaria 398/95 formaliza a descentralização das ações administrativas de competência da Diretoria de Administração (DIRAD) para Biomanguinhos, Farmanguinhos e o Instituto Fernandes Figueira, de maneira que estas unidades passaram a administrar os créditos orçamentários-financeiros e recursos. Outras unidades seguiram o mesmo caminho.

Segundo documentos institucionais, a própria Diretoria de Recursos Humanos da Fiocruz (Direh) liderou também um processo de descentralização das suas atividades. Iniciando-se em 2012 com o título “Descentralização – uma estratégia de modernização da Gestão do Trabalho”. A ideia central era de “compatibilizar a estrutura e prática de gestão de recursos humanos, desenvolvendo competências locais no âmbito das unidades e mantendo a coordenação e assessoramento técnico no nível central” (Direh, Fiocruz, p. 02).

Ainda pelos documentos disponíveis se identifica que a Coordenação de Saúde do Trabalhador, apesar de integrar a Direh, não passou por descentralização. No entanto, existem redes de cooperação entre as unidades que possuem seus núcleos de saúde do trabalhador e a CST. Essa informação é importante para a compreensão de algumas das propostas apresentadas ao final deste estudo. (Citado acima, p. 04)

Parente (2007, p. 24) identificou a necessidade de descentralizar mantendo a articulação entre as unidades:

“O grande desafio a ser enfrentado pela Fiocruz no campo da gestão, portanto, é realizar um processo de descentralização administrativa que possibilite a articulação intra-institucional de planejamento e de gestão, sendo um pilar essencial para o processo de geração e difusão de conhecimentos em saúde.”

Entende-se, portanto, que a Fiocruz vem empreendendo esforços em busca de mais efetividade por meio da descentralização de suas atividades há muitos anos. Ademais, é importante compreender o aspecto político também, pois as unidades participam da gestão colegiada da instituição e o presente estudo não visa propor um retrocesso, mas sim algumas

alterações nos processos de trabalho do Campo da Saúde do Trabalhador com vistas a aprimorar a gestão da saúde.

A presente proposta segue na linha institucional adotada, mantendo atividades descentralizadas de fiscalização de contratos nas unidades, porém com uma unidade prestando serviços de maneira compartilhada. Segundo Cunha (2011, p. 13), o centro de serviços compartilhados (CSC) é “uma estrutura organizacional que surgiu sob a ótica funcionalista de empresas norte-americanas em seus negócios internacionais.”

Bergeron (2003, *apud* CERRETTO e DOMENICO, 2016, p.94) define a utilização de uma central de serviços compartilhados como:

“Uma estratégia colaborativa na qual um subconjunto de funções de negócios existentes é concentrado numa nova unidade de negócio semiautônoma, que tem uma estrutura gerencial projetada para promover eficiência, geração de valor, redução de custos e melhoria dos serviços para clientes internos da corporação pai, como um negócio competindo no mercado aberto.”

A implantação de um CSC difere de mera centralização, pois a centralização de funções está voltada ao atendimento dos objetivos da Administração Central sem muita preocupação com os gastos e com a qualidade das informações prestadas. Já no caso do CSC o foco é o atendimento às necessidades dos clientes internos com grande preocupação com a qualidade dos serviços prestados e pelos custos (Bezerra, 2015).

Ainda sobre a origem dos CSC, segundo Cunha (2015, p.13, grifo meu):

“A força cultural influente na gênese dos CSCs é embasada em elementos funcionalistas e de busca de **melhoria de processos** e entrega de serviços sob a ótica **de custos baixos**. Um pensamento que vai além da entrega de produção ou serviços de baixo custo, mas que obtenham simultaneamente **qualidade** para poder competir no mercado.”

Em recente estudo em uma empresa pública (BARROS NETO e DA SILVA, 2015, p 02), constatou-se que a implantação de um CSC para operações financeiras trouxe vários benefícios, como:

“Otimização de processos, uniformização de procedimentos, ganhos de recursos, eficiência na prestação de serviços, racionalização de recursos públicos e controle financeiro (...). 487 empregados que deixaram de fazer atividades financeiras transacionais replicadas em Diretorias Regionais e foram liberados para se dedicarem às áreas-fins dos Correios -- operacional e comercial, com o enriquecimento de suas atribuições, até melhoria em prazos de atendimento, redução de inadimplência,

melhoria da qualidade do faturamento e disponibilidade do serviço a crédito por meio de um cadastramento mais ágil. ”

No que tange à relação com os clientes internos, é importante a concepção de que os CSCs têm alto grau de autonomia perante sua matriz nas tomadas de decisões sobre a realização de tarefas internas, mesmo sendo pertencente ao mesmo grupo empresarial (YOSHINO e RANGAM, 1995, apud, CUNHA, 2011).

Segundo Bezerra (2015, p. 21), a definição de um CSC passa pela questão da:

“Concentração de várias atividades, em uma unidade, para prestação de serviços às diversas unidades de negócio da empresa, e também a menção a altos níveis de serviço e custos e/ou preços reduzidos. Esses aspectos apontam para o fato de que os serviços compartilhados devem ser estruturas que têm com características altos níveis de eficiência e eficácia na prestação dos serviços, de modo a manter os seus clientes internos plenamente satisfeitos. ”

Em termos mais gerais de gestão de pessoas, pode-se afirmar que os CSCs de RH significam, ao mesmo tempo, “possibilidades de desenvolvimento de estratégias competitivas às organizações multinacionais, assim como implicam em desafios à sua gestão. ” (Bittencourt e Silva, 2016, p. 86). Portanto cautela e planejamento são fundamentais para a implementação de um CSC.

Compreende-se então que um CSC difere de centralização de funções e, portanto, não é um construto que diverge das políticas de descentralização da Fiocruz. Pelo contrário, é uma espécie organizacional que depende de colaboração entre as unidades para o seu bom funcionamento e que potencialmente pode agregar valor se devidamente implementado.

Assim sendo, a presente proposta é a criação de um centro de serviços compartilhados em Saúde do Trabalhador, que teria como a principal missão: prover serviços de qualidade em gestão de saúde e segurança do trabalho, apoiando a gestão dos contratos e os fiscais de contrato da instituição.

Considerando que Saúde do Trabalhador se encontra no âmbito das atribuições da Coordenação Geral de Pessoas, e com a busca por sinergia e redução de custos, essa proposição situa a nova unidade organizacional na Coordenação de Saúde do Trabalhador, juntamente com o Núcleo de Saúde do Trabalhador e o Núcleo de Perícia e Avaliação Funcional.

Tem-se então uma proposta de desenho matricial, onde aquelas responsabilidades da IN 05/2017 MPDG seriam melhor compartilhadas em rede: gestão do contrato, fiscalização técnica, fiscalização administrativa e fiscalização setorial.

As maiores alterações seriam os serviços prestados de auditoria de documentos e ações de saúde e segurança do trabalho, bem como a assessoria prestada ao gestor do contrato. Aqui lembra-se que a regra geral é que os fiscais não detêm expertise para avaliarem sozinhos estes documentos e ações. Abaixo uma representação gráfica das situações atuais e futuras.

TABELA 10- FISCALIZAÇÃO - SITUAÇÃO ATUAL.

Fiscalização e gestão dos contratos de terceirização: situação "as is"	
	Unidade técnico-científica
Gestão do contrato	★★★★★
Fiscalização técnica	★★★★★
Fiscalização setorial	★★★★★
Fiscalização administrativa	★★★★★

Fonte: Elaboração própria.

A representação acima contém estrelas que representam as atribuições, conforme definidas pela IN 05/2017, e outras obrigações acessórias da fiscalização. Conforme as entrevistas, frequentemente os fiscais e gestores locais nas unidades acumulam todas estas funções, o que constitui causa de parte dos problemas identificados. Abaixo uma representação do compartilhamento de responsabilidades entre os gestores, fiscais e o Centro de Serviços Compartilhados em Saúde do Trabalhador (CSC em ST).

TABELA 11- FISCALIZAÇÃO - PROPOSTA.

Fiscalização e gestão dos contratos de terceirização: presente proposta, "to be"		
	Centro de Serviços Compartilhados	Unidade técnico-científica
Gestão do contrato	★	★★★★
Fiscalização técnica		★★★★★
Fiscalização setorial		★★★★★
Fiscalização administrativa	★★	★★

Fonte: Elaboração própria.

Assim sendo, o CSC em ST assumiria uma parte das funções administrativas, aliviando a carga dos fiscais e permitindo que os mesmos se dediquem às atividades finalísticas e, ao mesmo tempo, trazendo qualidades técnicas à gestão de contratos na parte de Saúde e Segurança do Trabalho.

Há potencial para o CST em ST trazer outras contribuições, dependendo de como a proposta fosse desenvolvida, como aprimoramento e fortalecimento dos sistemas de gestão de SST das unidades ou mesmo a adoção de um sistema de gestão nos moldes do padrão OHSAS, que incluiria as unidades como participantes.

Cabe reforçar que as decisões de cunho político-gerencial devem ser mantidas na unidade (gestor do contrato e diretor de unidade), não cabendo ao CSC de ST decidir sobre as contratações e sim, assessorar e executar atividades de fiscalização administrativa, contribuindo para assegurar um sistema de SST que proteja a saúde dos trabalhadores.

5.3 Categoria final: Modelos de contratação e incentivos ao comportamento do agente.

Conforme explicitado anteriormente, quando uma instituição contrata a outra e terceiriza suas atividades, desenvolve-se uma relação que pode ser compreendida pela ótica da Teoria da Agência.

A Teoria da Agência explica como os principais podem eficientemente organizar as trocas com os agentes por meio dos mecanismos de uma combinação apropriada de:

- Alinhamento de incentivos;
- Monitoramento.

O desafio do principal é “identificar os benefícios de cooperação com os agentes enquanto minimiza a perda de produtividade por conta da negligência mais os custos dos mecanismos empregados para mitigar este comportamento. ” (BOSSE e PHILLIPS, 2016, p.278). ”

No campo estudado (Administração Pública), pode-se considerar o alinhamento de incentivos como o alinhamento das condições contratuais que especificam a remuneração das empresas contratadas (ou perda da mesma), e o monitoramento como o conjunto de esforços de fiscalização, gestão e auditoria empreendidos pelos servidores públicos nomeados para tais atividades.

5.3.1 Categoria Intermediária: Risco Moral.

O sistema de contratação por meio de pregão eletrônico, e que utiliza o menor preço como critério primordial, combinado com os modelos de contrato que não possuem mecanismos de incentivo ao comportamento humano do Agente (nesse contexto, a preservação da saúde de seus trabalhadores), criam um *framework* nocivo ao desenvolvimento de um bom sistema de gestão de SST, bem como não favorecem a participação dos trabalhadores.

Sob a ótica financeira, existem apenas incentivos para minimização dos custos, cumprimento dos prazos e das entregas finalísticas. Se os trabalhadores pagam o preço pela execução do contrato com sua saúde, é uma questão que não entra na discussão contratual.

Existem diversas punições previstas para as empresas que não cumprem prazos, não apresentam certos documentos obrigatórios (principalmente de regularidade fiscal e financeira), ou mesmo abandonam um contrato. No entanto, não foram identificados elementos de punição pelo descaso pela vida humana, pelo adoecimento em serviço ou mesmo pelos possíveis óbitos decorrentes de acidentes de trabalho. Em outras palavras: uma empresa que tenha investido recursos em um sistema adequado de SST e que tenha canais de participação para seus trabalhadores, bem como os coletivos implementados (CIPA por exemplo), e que consiga manter níveis baixos de adoecimento e acidentes, não terá nenhuma vantagem financeira durante a execução do contrato com a APF.

Uma outra empresa que executar as tarefas às custas do desgaste físico e psíquico de seus trabalhadores, que mantiver ambientes com baixo nível de higiene e segurança ocupacionais, que tenha altos índices de absenteísmo por doença ocupacional e acidentes de trabalho, que compense com horas extras executadas e não-pagas, e que não preste um mínimo de assistência social aos seus trabalhadores não terá sua remuneração contratual reduzida por multas, já que não há previsão para as mesmas. Em outras palavras, não há penalidades, ou incentivos negativos, para coibir o comportamento nocivo do Agente.

5.3.2 Categoria Intermediária: Seleção Adversa.

Nesta categoria foram identificadas diversas situações, como, por exemplo: que acidentes e adoecimentos em decorrência do trabalho nem sempre são notificados, que vários trabalhadores são proibidos de acessar os ambulatórios de Saúde do Trabalhador da instituição, e que muitas vezes os exames ocupacionais são proforma.

A seleção adversa está relacionada com a ocultação de informações por parte do Agente e, no contexto do presente estudo, informações de saúde dos trabalhadores. As entrevistas apontam uma grande subnotificação, reforçada pelas estatísticas oficiais de afastamentos (FUNDACENTRO, 2013), e esse fenômeno dificulta o diagnóstico dos problemas que existem em cada área da organização.

Para o bom funcionamento de um sistema de gestão de SST, os exames ocupacionais (admissionais, demissionais e periódicos) são fonte valiosa de informação, não somente sobre o indivíduo, mas compõem uma base de dados sobre a população que permite retroalimentar as análises ambientais. Em outras palavras, da mesma maneira que as análises ambientais apontam agentes nocivos à saúde presentes nos ambientes (ex. produtos químicos, calor, vibração etc.); os exames ocupacionais têm o potencial de evidenciar doenças originadas nos ambientes e/ou processos de trabalho (ex. LER/DORT de origem ocupacional, intoxicações, queimaduras etc.), retroalimentando o sistema de SST. No entanto, quando as informações dos exames ocupacionais são insuficientes, ou mesmo inexistentes, pode-se chegar a conclusões equivocadas.

As entrevistas e relatórios apontam para um baixo nível de qualidade nos exames ocupacionais. Os gestores de Saúde do trabalhador são enfáticos neste ponto: sem fiscalização

e escrutínio, as empresas entregam documentos incompletos, sem informações epidemiológicas confiáveis, sem possibilidade de ser utilizados como base para melhorar a condição de saúde das pessoas.

Além disso, e mais grave ainda, surgiram diversos relatos de trabalhadores que são proibidos de se apresentarem nos ambulatórios quando adoecem ou sofrem acidentes: essa é uma estratégia de seleção adversa das empresas (Agentes), claramente objetivando ocultar informações da Administração Pública Federal (no papel de Principal). Além de desumana e imoral, essa atitude prejudica muito a gestão de saúde.

Sem informação epidemiológica confiável, o planejamento das ações em saúde e segurança do trabalho fica prejudicado e, portanto, os sistemas de gestão de SST não conseguem dar conta dos problemas reais de saúde dos trabalhadores. Assim sendo, a priorização dos objetivos e metas do sistema de gestão de SST fica comprometido, afastando o sistema de suas missões originais.

Portanto, seja por baixa qualidade dos exames, seja pelo não comparecimento dos trabalhadores, ou mesmo o receio dos mesmos em expor as suas condições para as equipes de Saúde, a falta de informação epidemiológica de boa qualidade afeta o sistema como um todo, prejudicando – em última análise – o trabalhador terceirizado.

5.3.3 Propostas para aprimorar os modelos contratuais.

Proposta 05: Elaboração de um modelo institucional de contratação que possua requisitos mínimos de respeito aos direitos sociais, trabalhistas e previdenciários.

Seguindo o Modelo Principal-Agente, torna-se condição imprescindível a presença de incentivos ao comportamento que favoreçam as boas práticas em Saúde do Trabalhador, e que contenha desincentivos aos comportamentos indesejáveis já abordados ao longo deste estudo, com destaque aos comportamentos de maximização do lucro a qualquer preço.

Nesse sentido, Oliveira (2008) destaca que a boa empresa (que acidenta-adoece menos) não se beneficia:

- ✓ “Em termos mercadológicos, porque não consegue vender mais que a concorrente, que não investe em prevenção, e pratica preços menores;

- ✓ Em termos tributários porque não há flexibilização – bônus X *malus* -, ou seja, mesmo que adoeça a mesma cota que o concorrente paga a mesma cota de SAT;
- ✓ Em termos de financiamento público, porque para essa boa empresa não há linhas de créditos especiais para comprar máquinas mais seguras, implantar sistemas de gestão que privilegia as medidas coletivas (de proteção) e não o Equipamento de Proteção Individual. ” (OLIVEIRA, 2008, p.08)

Portanto, considerando que o contrato público é a materialização da relação jurídica, da vontade da APF, e que as cláusulas trazem as obrigações das partes, torna-se essencial instrumentalizar o gestor e o fiscal com meios para valorizar ou punir o tratamento dispensado pelas empresas a seus empregados.

Seguindo a Teoria da Agência, o desafio é montar um conjunto de incentivos (que podem ser financeiros ou não) para reconhecer e premiar as empresas que oferecem as melhores condições de saúde e segurança, e para punir severamente aquelas que concorrem para o adoecimento ocupacional, para os acidentes de trabalho ou qualquer outro vetor negativo em termos de saúde.

Já foram identificados nos contratos um conjunto de exigências específicas, como a documentação que deve ser elaborada e entregue em determinados prazos, bem como orientações básicas.

Em um dos contratos de grande porte a unidade exigiu a presença de profissionais de RH da empresa para lidar com as questões inerentes a recursos humanos, e em outra houve a exigência da presença do médico do trabalho em períodos determinados (1 vez por semana e mais 2 períodos de 30 dias ao ano para atividades ocupacionais). Essas pequenas inovações tem o potencial de melhorar os serviços, sem onerar em custos diretos para a APF.

Pode-se partir destes exemplos de inovações e criar uma discussão institucional sobre quais seriam os requisitos mínimos e quais incentivos seriam oferecidos para as empresas tratarem seus funcionários com dignidade, respeito e preservando-lhes à saúde.

Há exemplos brasileiros de conquistas na área ambiental com utilização do poder de compra do Estado com objetivo de fomentar comportamentos no mercado alinhados às políticas públicas, como a Lei 12.349/2010 alterou a Lei 8.666/1993 (licitações), incorporando a promoção do desenvolvimento nacional sustentável aos objetivos da licitação.

De acordo com um estudo recente publicado pela FGV-EAESP (2012):

O poder do consumo dos setores empresarial e governamental é estratégico para a conquista de um novo patamar ecosocioeconômico. Apesar das barreiras, naturais quando se mexe em hábitos já arraigados na gestão, aos poucos a sociedade compreende as conexões existentes entre aquilo que compramos e a conservação dos recursos do planeta para o suprimento das necessidades atuais e futuras, dentro de padrões justos e equitativos. Nesse cenário multiplica-se o conceito de “compras sustentáveis”: aquelas que consideram fatores sociais e ambientais juntamente com fatores financeiros nas tomadas de decisão de compras. (BETIOL *et al*, 2012, p.22).

Portanto, da mesma maneira que as aquisições públicas vêm sendo modernizadas para incluir critérios de escolha ambientais, e não apenas a aquisição daquilo que é mais barato, pode-se pensar em estender essa lógica para a contratação de serviços que sejam sustentáveis socialmente, que preservem a vida humana daqueles que estão trabalhando para o próprio Poder Público.

5.4 Categoria final: Questões de organização interna do trabalho.

Nesta categoria foram aglutinados os elementos que possuem causas organizacionais, e não legais ou contratuais. Trata-se da maneira como a Administração Pública organiza o trabalho de seus servidores, especificamente aqueles com função de fiscalização de contratos, bem como questões de cultura e artefatos organizacionais.

Surgiram relatos de despreparo técnico, desconhecimento sobre Saúde do Trabalhador, bem como sobrecarga de atividades e funções. Os servidores denotam dominar bem os assuntos finalísticos de seus contratos, porém reconhecem dificuldades para lidar com Saúde e Segurança do Trabalho, bem como não disponibilizam maneiras de interação com coletivos de trabalhadores.

5.4.1 Categoria Intermediária: Fiscais com carência de informação e formação.

O presente estudo identificou indícios de presença de risco moral em diversos pontos, a começar pela assumpção dos fiscais de que eles não dominam todos os assuntos a serem fiscalizados, principalmente aqueles que se afastam dos objetos finalísticos dos contratos. Eles percebem a SST como uma área que envolve conhecimentos técnicos específicos e que não

foram formados para ela. Portanto as empresas contratadas possuem oportunidades para ocultar suas falhas e seus atos que contrariam os interesses da APF.

Como o material mais importante de qualquer contrato de prestação de serviços é o ser humano, o assunto torna-se crítico. Os fiscais e os gestores de contrato são as autoridades nomeadas pela APF para administrarem todos os aspectos da relação contratual, e isso inclui a maneira como os trabalhadores terceirizados são tratados.

Nas entrevistas surgem questões de cultura fragmentada, de atividades separada em setores, e indícios de baixo nível de apoio e ajuda entre departamentos. Houve falas de falta de apoio institucional, falta de consultoria interna, falta de com quem tirar dúvidas ou confirmar as informações fornecidas pelas empresas contratadas. Essa carência surgiu particularmente em termos de questões trabalhistas, previdenciárias, fiscais e de saúde e segurança do trabalho.

5.4.2 Categoria Intermediária: Fiscais sobrecarregados.

Conforme apresentado anteriormente, a instituição pesquisada possui número expressivo de profissionais terceirizados e, em algumas unidades, chegam a compor mais de 70% da força de trabalho.

Portanto, é interessante haver políticas e estruturas organizacionais capazes de lidar com o desafio de gerir esse grande volume de pessoas, tratando-as ainda como tal – pessoas. A percepção dos fiscais sobre as cobranças que eles recebem dos órgãos de controle é de desumanização dos terceirizados. Muitas vezes vistos como uma linha de custo em planilhas orçamentárias, com frequência a eles é negado o plano de saúde, um valor digno de alimentação, e um salário digno, em nome da economia do erário público.

Nesta categoria surgiram problemas relacionados a fiscais e gestores com acúmulo de tarefas de verificação de recolhimento de tributos e obrigações sociais das empresas, e se sentindo inseguros de atuar, pois quaisquer erros costumam ser vistos com desconfiança por conta da permanente suspeita de corrupção que paira sobre a Administração Pública. Eles apontam para o fato de responderem com seu patrimônio pessoal perante qualquer prejuízo, intencional ou não, que a APF possa sofrer. Um dos efeitos desse receio de agir é justamente a burocratização excessiva, na busca de proteção ao seu sustento.

O TCU estabelece que: “se o fiscal, ainda que sem intenção de causar danos ao erário, atua de forma negligente na fiscalização, ele também pode ser responsabilizado pelo prejuízo para o qual concorreu com sua conduta indevida” (TCU, 2013). Em outras palavras, cabe ao fiscal provar que sempre mantém controle da fiscalização através de registros formais.

Uma outra questão trazida pelos fiscais foi a necessidade de representar a Administração Pública perante as demandas judiciais, em especial trabalhistas, principalmente quando a empresa não cumpre com suas obrigações, vai à falência, ou seus diretores não são mais encontrados.

5.4.3 Propostas para enfrentar as questões de organização interna do trabalho.

Proposta 06: Implementação de uma política institucional que defina os perfis dos fiscais de contrato, bem como os limites dessas atribuições serem acumuláveis.

Os entrevistados foram unânimes em explicar que “ninguém quer ser fiscal”. Isso se explica em parte pelos riscos monetários (o fiscal responde com o seu patrimônio pessoal por qualquer dano ao erário), o receio de cometer erros e o desconhecimento da multiplicidade de assuntos necessários à atuação do fiscal de contratos.

A IN 05, combinada com o Princípio da Hierarquia (servidor não pode desobedecer às ordens que não sejam manifestadamente ilegais), assevera que a designação para fiscalizar um contrato não pode ser recusada sem a devida justificativa.

É evidente que apenas o cumprimento de ordens não é suficiente para que os sujeitos executem os trabalhos com qualidade, principalmente se eles se percebem (como eles afirmam) “sobrecarregado e sem ajuda”.

Um servidor afirmou que já chegou a fiscalizar mais de 10 contratos ao mesmo tempo, todos com mão de obra residente, e que nunca teve as informações de saúde e segurança, sempre “fez do jeito que dava” e usou o “bom senso”. É possível que, conforme avança a complexidade da atividade de fiscalização (e quanto maiores forem os contratos), esta deva ser considerada como atividade exclusiva, não acumulável com outras tarefas ao mesmo tempo.

Portanto a Fiocruz poderia se beneficiar de uma política institucional que, após o devido estudo, fosse implementada para trazer mais eficácia a gestão dos contratos e um tratamento mais equânime aos servidores que se dedicam a esta atividade.

Proposta 07: Criação, em nível institucional, de curso de formação para fiscais de contrato que inclua a temática da Saúde do Trabalhador.

Existem na instituição cursos de formação para licitação e fiscalização de contratos. No entanto, os assuntos abordados, em regra, são acerca de regras federais para licitações, compras públicas, administração de contratos, penalidades por má-fiscalização, responsabilização e auditoria. Não se inclui a temática de Saúde do Trabalhador.

Portanto, faz-se necessária a devida sensibilização para o Tema Saúde do Trabalhador, principalmente face aos relatos de adoecimento, acidentes de trabalho e trajeto, casos de suspeita de assédio moral e sexual. Não é razoável que uma instituição da envergadura da Fiocruz utilize recursos públicos para remunerar gestores e empresas que contribuem para as estatísticas de assédio e violência no trabalho.

Portanto o primeiro passo pode ser pensado como uma grande sensibilização sobre o tema, aproveitando os mesmos recursos institucionais listados na Proposta 1, como objetivo de integrar os temas tratados no presente estudo à formação de fiscalização de contratos, tornando-a mais completa e possibilitando ao fiscal identificar as situações onde ele precisa agora com firmeza, mantendo os trabalhadores terceirizados em ambiente seguro e saudável.

Proposta 08: Fomentar na Fiocruz a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias que contribuam para a Saúde do Trabalhador.

A Fiocruz tem uma tradição forte em produção e difusão de conhecimentos e tecnologias para a saúde pública. De acordo com os dados do Observatório de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, foram identificadas - entre 2000-2015 - 83.260 referências de produções bibliográficas atribuídas aos 1.779 pesquisadores. O perfil da pesquisa deste período que emerge dos dados “dá conta de uma produção bibliográfica crescente, especialmente de artigos de periódicos, em detrimento de outras tipologias documentais, como

por exemplo, trabalhos publicados em anais e eventos, que apresenta declínio ao longo do período. ” (Fiocruz, 2015)

A maioria dos artigos estão publicados em periódicos Qualis A (52%), também em sua maioria em inglês (65,2%). O quantitativo analisado fornece um perfil de uma média simples de 1,1 artigos/pesquisador/ano. No mesmo período foram identificados 13.185 projetos de pesquisa. (Citado acima)

Evidente então uma grande produção científica, no entanto a instituição focaliza suas energias em problemas externos, pois é sua missão prioritária, então que surgem dificuldades internas em termos de saúde que não são contempladas com soluções científicas.

A instituição realiza pesquisas sobre adoecimento de trabalhadores, sobre as respostas do SUS aos desafios da Saúde do Trabalhador, sobre novos medicamentos e tratamentos, no entanto teria o potencial endógeno para desenvolver soluções científicas e tecnológicas para problemas de saúde do trabalhador que existem dentro de seus próprios muros.

Portanto, pode-se pensar na implementação de políticas institucionais de fomento à pesquisa e desenvolvimento tecnológico para resolver as questões da Saúde do Trabalhador na própria Administração Pública, incluindo servidores e terceirizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do contexto atual depara-se no mundo do trabalho com um quadro no qual convivem situações mais evidentes de adoecimento e violência no trabalho (intoxicações, doenças provenientes de riscos físicos, acidentes graves etc.) com aquelas mais sutis, que levam ao adoecimento psíquico (como os transtornos de ansiedade, a depressão e o *Burnout*).

Espera-se que o presente estudo possa contribuir para o aperfeiçoamento das relações de trabalho na Administração Pública Federal, ao evidenciar um conjunto de situações-problema, usualmente indetectáveis, e que acometem a saúde de um grupo de trabalhadores – os chamados terceirizados.

O presente estudo teve como objetivo explorar as relações de trabalho terceirizado na Administração Pública e verificar a existência de elementos que surgem desta relação e impactam nos processos de saúde-doença destes trabalhadores.

O estudo ocorreu na Fundação Oswaldo Cruz, uma instituição pública de ciência e tecnologia para a Saúde por meio de análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas com 15 participantes, complementada por pesquisa documental (contratos, documentos públicos, relatórios de gestão, pareceres, portarias, procedimentos operacionais, entre outros). Os resultados foram analisados, mantendo os referenciais contemporâneos de Saúde do Trabalhador e examinando as relações entre os atores à luz da Teoria da Agência.

As entrevistas indicaram que grande parte das questões levantadas são de conhecimento de alguns atores, notadamente o pessoal da Saúde do Trabalhador, no entanto eles denotam dificuldade para estruturar os temas e transformá-los em ações concretas de gestão. De um modo geral, uma vez engajados no diálogo, os participantes demonstraram grande interesse pelo tema.

Em síntese, foram identificadas 29 categorias iniciais de situações-problema que trazem impactos para a gestão da saúde destes trabalhadores terceirizados. Há falhas organizacionais e contratuais que concorrem para uma situação precária de gestão da saúde desse grupo de trabalhadores. Foi notada a ausência de incentivos contratuais que favoreçam o cuidado com a Saúde do Trabalhador. Os fiscais de contrato se apresentaram como não estando suficientemente seguros para atuar no campo da Saúde do Trabalhador. Os entrevistados

apontaram desafios para garantir a atenção à saúde, bem como a existência de movimentos de pressão por parte das empresas (ex.: restrição do acesso aos ambulatórios institucionais, ocultamento de informações sobre acidentes e adoecimentos. De um modo geral, os trabalhadores terceirizados não se apropriam dos fatores organizacionais e ambientais que impactam sobre a saúde.

Como contribuição social para o campo estudado e considerando o contexto atual de redução de direitos e flexibilização das relações trabalhistas, combinados com expansão da terceirização, foram discutidas as principais questões identificadas por categoria de análise. Buscou-se explorar quais as principais causas dos problemas e foi realizado um esforço para trazer luz a um assunto tão invisível: a saúde do trabalhador terceirizado.

Estudos sobre impactos na saúde dos trabalhadores na APF como este podem ter valor, tanto pelos seus resultados, possíveis de serem levados a campo e testados; quanto pela contribuição no esforço teórico-metodológico de aproximar os campos da Administração Pública e da Saúde do Trabalhador.

Para a organização estudada, a contribuição deste estudo é a discussão em si: o diálogo entre os resultados do estudo e as oportunidades de aprimoramento da gestão pública de pessoas.

Existe uma lacuna de estudos que busquem aproximar o Campo da Administração Pública com o Campo da Saúde do Trabalhador para compreender como as formas de contratação de pessoas podem trazer impactos nos processos de saúde-doença dos trabalhadores

Quanto às principais limitações do estudo, aponta-se que o presente trabalho representa uma fotografia das relações entre gestão pública de contratos de terceirização e a saúde dos trabalhadores em uma instituição pública em determinado momento.

Como possibilidade futuras propõe-se a execução de estudos para verificar a replicação das descobertas, bem como a aplicabilidade das propostas em outros órgãos ou empresas públicas. No entanto, a escolha do estudo de caso, os métodos qualitativos e da Fiocruz como organização estudada resultam em limitações que devem ser levadas em conta no projeto, pois, conforme discutido durante o presente estudo, ela possui características peculiares (descentralização administrativa, múltiplas atividades finalísticas, desenvolvimento científico e tecnológico etc.).

Por fim, o estudo tem um recorte específico de gestão da saúde de profissionais terceirizados, o que implica possibilidades de ampliar a exploração para outras questões da população estudada (terceirizados) ou estender a exploração para a realidade da Saúde do Trabalhador dos servidores públicos.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, M.M.C. **Um olhar sobre a vigilância em saúde do trabalhador: a dinâmica entre o saber e o fazer no município do Rio de Janeiro**. Orientador: Oliveira, Simone Santos Silva Vasconcellos, Luiz Carlos Fadel de Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

ARROW, K.J. **Uncertainty and the welfare economics of medical care**. Journal of Health Politics, Policy & Law. 26(5): 851-883. (33p), 2001.

ARROW, K.J. **Principal and agents: the structure of American business**. Harvard Business School Press, 1985.

ANDRADE, E.T. **O Processo de Implementação da Política de Atenção à Saúde do Trabalhador em Instituições Públicas Federais: o desafio da Integralidade**. Dissertação (Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

ATTILA, G. **Agency problems in the Public Sector**. Annals of the University of Oradea, vol 1, Iss 1, Pp 708-712. (2012).

BALASSIANO, M, TAVARES, E, PIMENTA, R. da C. **Estresse ocupacional na administração pública Brasileira: quais os fatores impactantes?** RAE - Revista de Administração Pública. ISSN: 0034-7612. 45(3):751-774 DOI 10.1590/S0034-76122011000300009, 2011.

BARROS NETO, J.P. DA SILVA, J.C. **Shared service centers: a case study on the implantation of a service center in a public enterprise**. Revista CESUMAR (Ciencias Humanas e Sociais Aplicadas); Vol. 20 Issue 1, p171-190, 20p, 2015.

BITTENCOURT, J.P.; SILVA, G. **Implementation an human resources shared services center: multinational company strategy in fusion context**. Escola Superior de Propaganda e Marketing – ESPM. InternexT: Revista Eletrônica de Negócios Internacionais da ESPM, Vol. 11- 2, p81, 13 p, 2016.

BETIOL, L., UEHARA, T., LALOË, F., APPUGLIESE, G., ADEODATO, S., RAMOS, L., MONZONI NETO, M. **Compra sustentável - A força do consumo público e empresarial para uma economia verde e inclusiva**. FGV – EAESP. Centro de Estudos em Sustentabilidade (GVces) da Escola de Administração de São Paulo da Fundação Getulio Vargas. Programa Gestão Pública e Cidadania, 2012.

BOSSE, D., PHILLIPS, R. **Agency theory and bounded self-interest**. Academy of Management Review. Vol. 41, No. 2, 276–297, 2016.
<http://dx.doi.org/10.5465/amr.2013.0420>

BEZERRA, R.R.A. **Segurança do trabalho, saúde ocupacional e meio ambiente (SSMA) em um centro de serviços compartilhados**. Dissertação (Mestrado em Gestão Empresarial) - FGV - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. **Norma Operacional de Saúde do Servidor – NOSS**. Portaria Normativa nº 3, de 7 de maio 2010 da Secretaria de Recursos Humanos.

BRASIL. **Glossário temático gestão do trabalho e da educação na saúde**. Ministério da Saúde. Série A Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2009. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf> Acessado em: 01/04/2018.

BRASIL, Previdência Social. Seminário “**Prevenção de Riscos no Trabalho: intercâmbio de experiências Brasil-Espanha e assistência técnica**” FAP - O Fator Acidentário de Prevenção como Instrumento de Melhoria do Ambiente de Trabalho. CGSAT/DPSSO/SPPS, 2012. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/1_121011-101326-422.pdf> Acessado em: 01/12/2017.

BRESSER-PEREIRA, L.C. **Da administração pública burocrática à gerencial**: FGV - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1996/95.AdmPublicaBurocraticaAGerencial.pdf> Acessado em: 01/04/2018.

BSI. **OSHAS 18001: Norma internacional sobre sistema de gestão da Segurança e da Saúde no trabalho**. British Standards Institution, 2007.

CHOPRA, K. **The Pareto Principle in Leveraging Dynamic Compliance Program Effectiveness**. Journal of Health Care Compliance — Jan–Fev, 2017. Disponível em: <<http://eds.a.ebscohost.com.sbxproxy.fgv.br/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=ebc3580a-e0dc-4545-afea-796b775e7608%40pdf-v-sessmgr02>> Acessado em: 10/08/2018.

CARNEIRO, C.A.B.D. **A terceirização precariza as relações de trabalho? O impacto sobre acidentes e doenças**. FGV EPGE - Revista Brasileira de Economia; v. 72, n. 1 (2018), p. 41-60.

CERRETTO, C; DOMENICO, S.M.R. **Mudança e Teoria Ator-Rede: humanos e não humanos em controvérsias na implementação de um centro de serviços compartilhados**. Cadernos EBAPE.BR - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Fundação Getúlio Vargas. 14(1):83-115, 2016.

COLLIS, J, HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração. Um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2ª edição - Bookman, Porto Alegre, 2005.

COSTA, G.P.C.L., FREIRE, F.S., GARTNER, I.R., CLEMENTE, A. **As escolhas públicas orçamentárias federais no PPA 2008-2001: uma análise da perspectiva do modelo principal-agente**. RAP - Revista de Administração Pública – Fundação Getúlio Vargas - Rio de Janeiro 47(5): 1089-116, set/out, 2013.

COSTA, M.T.P.; BARBOSA, S.S. **Sociomanagerial environment conditions and employee health management in a cultural change context**. Cadernos de Gestão Pública e Cidadania; Vol. 22, 73, p.437-455, 19p, 2017.

CUNHA, J.A.C. **A gestão de pessoas em centros de serviços compartilhados no Brasil : um estudo sobre a percepção dos gestores e empregados operacionais**. Tese (CDAE) – FGV-EAESP - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas, 2011. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/8534> > Acessado em: 01/04/2018.

DA HORA, J.S. **A garantia do cumprimento dos direitos dos trabalhadores terceirizados: um desafio para a administração pública**. Orientador: Martins, Maria Inês Carsalade. Dissertação (Mestrado) – Fiocruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. Cortez: Oboré, 1992.

DARONCHO, L. **Adicional de insalubridade: entre a monetização da saúde do trabalhador e o direito fundamental ao meio ambiente de trabalho hígido**. Monografia (Especialização em Direito Sanitário) - Fundação Oswaldo Cruz, Diretoria Regional de Brasília, Brasília, DF, 2012. <https://hdl.handle.net/20.500.12178/25601>

DALE, A., DIAS, M.D.A. **The ‘extravagance’ of working sick: the body work in individuals diagnosed with RSI/WRMD**. Trab. educ. saúde vol.16 no.1 Rio de Janeiro, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00106>

DELOITTE. **Pesquisa Global Centro de Serviços Compartilhados de 2017**. Março de 2017. Disponível em: < <file:///D:/USER/Downloads/Pesquisa-Global-Shared-Services-Portugu%C3%AAs--.pdf> > Acessado em 10/04/2018.

FRANCO, T., DRUCK, G., D., SELIGMANN-SILVA. **As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado / New labor relations, worker's mental exhaustion, and mental disorders in precarious work**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional vol.- 35, (122), 229. < <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200006> >

FREITAS, M.; MALDONADO, J.M.S.V. **O pregão eletrônico e as contratações de serviços contínuos**. RAP – Revista de Administração Pública — Rio de Janeiro 47(5):1265-281, 2013.

FREITAS, M.E. **Quem paga a conta do assédio moral no trabalho?** RAE- eletrônica - v. 6, n. 1, Art. 5, 2007.

FREIRE, M, PACHECO, M.. **Health of The Workers: A challenge for the Health Care Policy and Safety of The Federal Public Servant (PASS)**. Artigo baseado em dissertação de

Mestrado em Saúde Coletiva do PPGSC do ISC-UFF. Trabalho, saúde, cultura. Petrópolis, v. 1, n. 2, p 34-51, 2016.

FIOCRUZ-Fundação Oswaldo Cruz, **Plano Quadrienal**. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/media/planoquadrienal20112014.pdf>

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Anuário Estatístico de Saúde do Trabalhador 2009-1011**. Rio de Janeiro, v.1, p.1-184, 2013.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Anuário Estatístico de Saúde do Trabalhador 2011-1013**. Rio de Janeiro, v.2, p.1-113, 2014.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Anuário Estatístico de Saúde do Trabalhador 2014**. Rio de Janeiro, v.3, p.1-83, 2015.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Diagnóstico da terceirização**. Diretoria de Recursos Humanos – Direh, Rio de Janeiro, 2014.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Relatório de Gestão – Exercício 2017**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/relatorios-0>> Acessado em: 01/04/2018.

FIOCRUZ - Direh. **A descentralização da gestão na Fiocruz - Breve histórico da descentralização institucional**. Rede RH. Disponível em <<http://www.direh.fiocruz.br/aplicativos/gconteudo/ata20080425151419.pdf>> Acessado em 02/03/2018.

FUNDACENTRO – Ministério do Trabalho. **Acidentes de trabalho no Brasil em 2013: comparação entre dados selecionados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (PNS) e do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) do Ministério da Previdência Social**, 2013.

GOUTILLE , F.; GALEY , L.; RAMBAUD, C.; PASQUEREAU, P.; JACKSON, J.M.; GARRIGOU, A. **Prescrição e utilização de equipamentos de proteção individual (epi) em atividades com exposição a produtos químicos cancerígenos, mutagênicos e reprotóxicos (cmr): pesquisa-ação pluridisciplinar em uma fábrica francesa de decoração para móveis**. Laboreal. VOL. XII · Nº1 · 2016 · PP. 23 – 38 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15667/LABOREALXII0116FG>> Acessado em: 01/02/2018.

GOMES, H.P. **Construção civil e saúde do trabalhador: um olhar sobre as pequenas obras**. Tese (Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2011.

HORA, J.S. **A garantia do cumprimento dos direitos dos trabalhadores terceirizados: um desafio para a administração pública** (Dissertação). ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

GUIMARÃES, C. A.; CANÇADO, V.L.; LIMA, R J. C. **Workplace moral harassment and its consequences: A case study in a federal higher education institution**. Revista de Administração. 51, 2, 151, Abril, 2016. ISSN: 00802107.

HOTTE, N; MAHONY, C; NELSON, H. **The principal-agent problem and climate change adaptation on public lands**. University of British Columbia, Global Environmental Change 36 (2016) 163–174, 2016.

JENSEN, M.C; MECKLING, W.H. **Teoria da firma: comportamento dos administradores, custos de agência e estrutura de propriedade**. Revista de Administração de Empresas - EAESP. RAE-Clássicos Abr./Jun, 2008 (Publicação original em 1976)

KNOPLOCK, G.M. **Manual de Direito Administrativo – teoria, doutrina e jurisprudência**. ELSEVIER, Rio de Janeiro, 2014.

KOCH, R. **The 80/20 principle: the secret to achieving more with less**. Crown Business, 2011.

LIEBER, R. R. **Melhoria das condições de trabalho e o conceito de risco**. Faculdade de engenharia da UNESP, 1999. Disponível em:

<http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP1999_A0556.PDF >

MATTOS, U.A.O, FREITAS, N.B.B. **Brazilian Risk Map: Limited Applicability of a Worker Model**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (2): 251-258, 1994.

MARQUES, S.V.D., MARTINS, G.D.B., & SOBRINHO, O.C. **Health, labor and subjectivity: considerations about absenteeism-disease of workers at a public university. Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública**. Cadernos da EBAPE.BR, 9(spe1), 668–680, 2011. <<https://doi.org/10.1590/S1679-39512011000600012>>

MAY, T. **Entrevistas, métodos e processos**. Social Research – issues, methods, and process. ARTMED Editora, São Paulo, 2011.

MARTINS, H. F; MARINI, C. **Um Guia de Governança para Resultados na Administração Pública**. Publix Editora, 2010.

MARINI, M., POLIDORI, P., TEOBALDELLI, D., TICCHI, D. **Optimal Incentives in a Principal–Agent Model with Endogenous Technology**. Games - Journal of Game Theory 9, 6, 2018.

MAFRA, J. **A substituição da monetização da saúde pela diminuição de Jornada**. Rev. Trib. Regional do trabalho 3ª Reg., Belo Horizonte, v. 58, n. 89, p. 49-66, 2014.

MATTOS, P.L.C.L **A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise**. RAP- Revista de Administração Pública. 39(4):823-47, 2005.

MORSE J. M. **Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation.** Nursing Research: Volume 40 - Issue 2 – p. 120-123, 1991.

MOTTA, Paulo R. **Transformação organizacional: a teoria e prática de inovar.** 1ª ed. 6ª reimpressão. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2007.

MELLO, C. A. B. de. **Curso de direito administrativo.** Saraiva, 2016, 33ª edição.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. **History and dilemmas in the development of the worker's health field.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):21-32, 1997.

MINAYO, M.C.S; MACHADO, J.M.H; MATOS, L.B.F; ODA, L.M; VIEIRA, V.M; MONMTEIRO, T.C.N. **Fiocruz Saudável – uma experiência institucional.** Ciência e Saúde coletiva, vol.3 no.2 Rio de Janeiro, 1998.

NGUYEN, H. **The principal-agent problems in health care: evidence from prescribing patterns of private providers in Vietnam.** Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine. Health Policy and Planning. 26:i53–i62, 2011.

OLIVEIRA, P.R.A. **Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP e o Fator Acidentário de Prevenção: um novo olhar sobre a Saúde do Trabalhador.** (Tese de Doutorado) Universidade de Brasília – UNB. Brasília, 2008

OLIVEIRA, C.B., FONTES FILHO, J.R. **Problemas de agência no setor público: o papel dos intermediadores da relação entre poder central e unidades executoras.** RAP – Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro 51(4):596-615, jul. - ago. 2017.

PACHECO, M.V. **Uma análise da implementação da política de atenção à saúde e segurança do servidor público federal (PASS) com foco na equipe multiprofissional.** Dissertação de mestrado. UFF. Rio de Janeiro, 2015.

PASTORIO, A., LEITE, D.T.L.F, RODRIGUES, E.S., BENEDETTO, M.R.S. **A perícia em saúde na Administração Pública Federal: a experiência da unidade SIASS - INSS - Porto Alegre.** In CARNEIRO, S.A.M. Saúde do Servidor: Uma questão para gestão de pessoas. IV Congresso de Gestão Pública, Brasília, 2011

PARENTE, C.M.G. **Descentralização na Fundação Oswaldo Cruz: Melhoria da Performance da Gestão Institucional.** (Dissertação) ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2007.

POURYOUSEF, S. FROOMAN, J. **The Problem of Unilateralism in Agency Theory: Towards a Bilateral Formulation.** Business Ethics Quarterly 27:2. ISSN 1052-150X, 2017.

RODRIGUES, A.L., BARRICHELO, A., IRIGARAY, H.A.R., SOARES, D.R., MORIN, E.M. **O trabalho e seus sentidos: um estudo com peritos criminais da Polícia Federal**. RAP - Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 51(6):1058-1084, 2017.

SATO, F.R.L. **Agency theory in the healthcare sector: the relationship between the National Supplementary Healthcare Agency and the supplementary health-care operators in Brazil**. Revista de Administração Pública – RAP – FGV, 41(1):49-62, 2007.

SCHILLEMANS, T. **Moving Beyond The Clash of Interests: On stewardship theory and the relationships between central government departments and public agencies**. Public Management Review, 2013, vol. 15- 4, p.541-562.

SOUTO, D.F. **As dimensões da saúde ocupacional (aspectos conjunturais)**. RAP – Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 11(3) 135-149, 1977.

TAMBELLINI, A.T.; ALMEIDA, M.G.; CAMARA, V. de M. (2013). **Registrando a História da Saúde do Trabalhador no Brasil: notas sobre a sua emergência e constituição**. Revista de Serviço Social Da Faculdade de Serviço Social Da Universidade Do Estado Do Rio de Janeiro, (11), 21–37.

TCU. **Responsabilização de Agentes Segundo a Jurisprudência do TCU – Uma abordagem a partir de Licitações e Contratos**. Tribunal de Contas de União, 2013.

THIRY-CHERQUES, Hermano. **Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento**. Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia, vol. 3, p. 20-27: São Paulo, 2009.

TUMBAT, G, GRAYSON, K. **Authority Relinquishment in Agency Relationships**. American Marketing Association Journal of Marketing. Vol. 80, 2016.
DOI: 10.1509/jm.12.0349

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo**. São Paulo: Atlas, 1990.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2015.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 12ª edição. Atlas, 2010.

VIVEIROS, L. **CLT comentada: doutrina e jurisprudência**. Editora Revista dos Tribunais, São Paulo, 2013.

ZAPPELLIN, M.B., S.G. **The use of triangulation in brazilian scientific research in administration**. Administração: Ensino e Pesquisa; Vol. 16-2, p241-273, 33p, 2015.

PORTAIS E PÁGINAS CONSULTADOS:

BRASIL. Ministérios da Saúde e Planejamento discutem mudanças na gestão, 2012. Disponível em: <<https://congressointerno.fiocruz.br/minist%C3%A9rios-da-sa%C3%BAde-e-planejamento-discutem-mudan%C3%A7as-na-gest%C3%A3o>> Acessado em: 01/03/2018.

BRASIL –AGU. **O que é o SIASS? Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor.** Disponível em: <http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/171309> Acessado em 02/02/2018.

BRASIL – MPDG. **NOTÍCIAS: Norma visa mais segurança no trabalho para o servidor público.** Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/relacoes-de-trabalho/noticias/norma-visa-mais-seguranca-no-trabalho-para-o>> Acessado em: 01/02/2018.

BRASIL. Governo Digital. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, 2012. **Pregão eletrônico proporciona economia de R\$ 1,5 bi em compras públicas** Disponível em: <<https://www.governodigital.gov.br/noticias/pregao-eletronico-proporciona-economia-de-r-1-5-bi-em-compras-publicas>> Acessado em: 01/05/2018.

BSI. OHSAS 18001. **Occupational health and safety management best practices.** Disponível em: <https://www.bsigroup.com/en-GB/ohsas-18001-occupational-health-and-safety/> Acessado em: 01/06/2018.

BRASIL. Compras Públicas. **Terceirização: perguntas e respostas.** Disponível em: <https://www.comprasgovernamentais.gov.br/images/conteudo/ArquivosCGNOR/peguntas-e-respostas-tercerizacao-convalidado.pdf> Acessado em: 05/05/2018.

BRASIL. **Portal de Compras Governamentais FAQ.** Disponível em: <<https://www.comprasgovernamentais.gov.br/index.php/pregaoeletronico-faq>> Acessado em: 01/07/2018.

COELHO, G. **Por maioria, STF declara constitucional a terceirização de atividades-fim e meio.** Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-ago-30/maioria-supremo-valida-terceirizacao-atividades-fim> Acessado em: 30/08/2018.

CARDOSO, E. **O Princípio da Legalidade.** Portal JUS.com.br, 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/28553/o-principio-da-legalidade>> Acessado em 01/03/2018.

ESCOLA BRASILEIRA DE DIREITO – SP. **Os entes que compõem a administração pública indireta.** Disponível em: <<https://ebradi.jusbrasil.com.br/artigos/385052227/os-entes-que-compoem-a-administracao-publica-indireta>> Jus Brasil, 2016.

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz – **Ações e Programas.** Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/acoes-e-programas>>, acessado em 01/05/2018.

Fiocruz. Notícia: “**Perspectiva nacional e a Fiocruz do futuro**” é tema de encontro na quinta (16), 2017. Disponível em: < <https://portal.fiocruz.br/noticia/perspectiva-nacional-e-fiocruz-do-futuro-e-tema-de-encontro-na-quinta-16> > Acessado em 10/02/2018.

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz. **Portal Institucional**. Disponível em < <https://portal.fiocruz.br> > acessado em 01/02/2018.

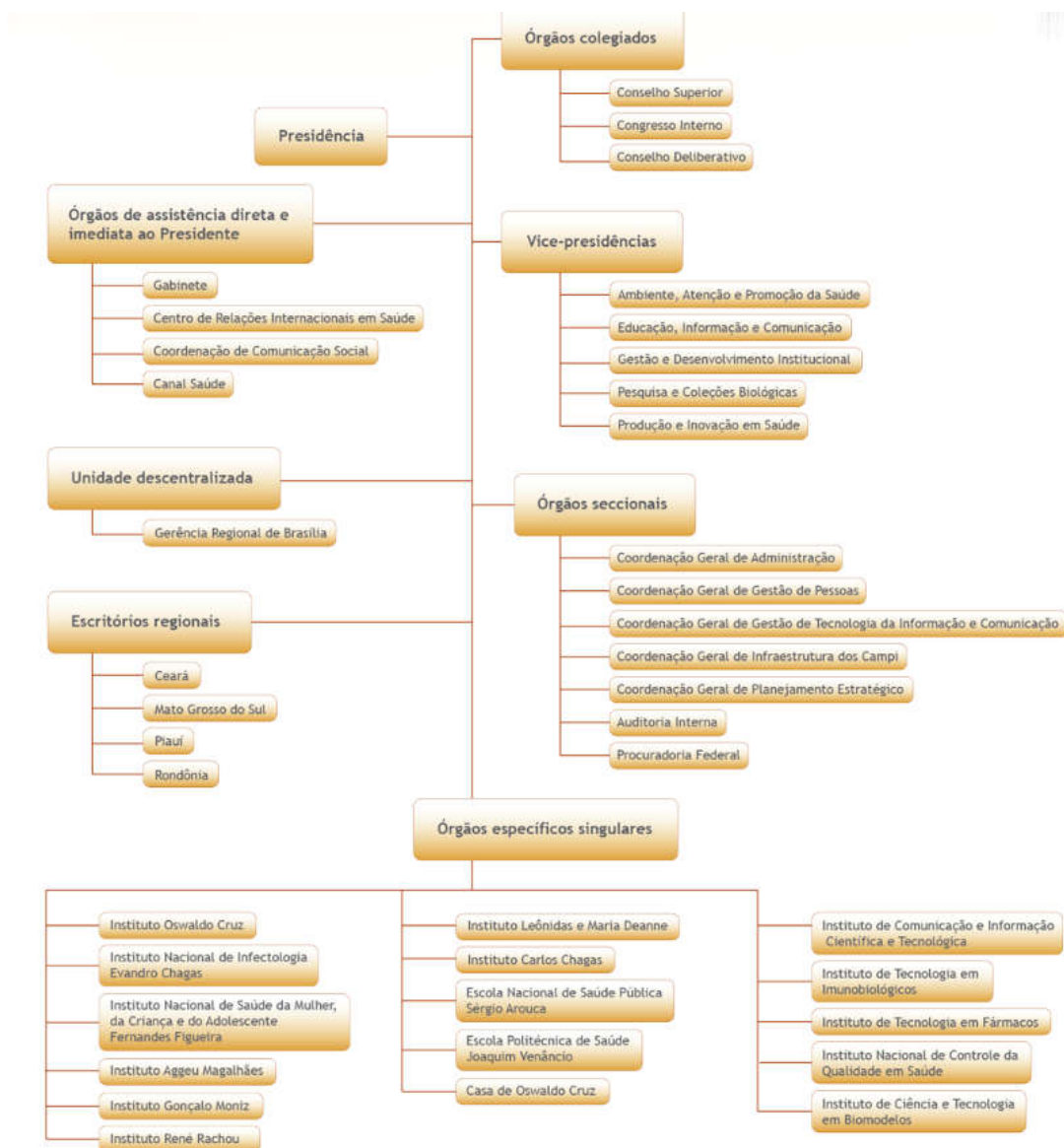
Fiocruz. **Notícia: Concurso Fiocruz 2010 oferece 850 vagas a partir de 2011**. Fiocruz, 2010. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/concurso-fiocruz-2010-oferece-850-vagas-partir-de-2011> > Acessado em 01/02/2018

PUCSP - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. **Enciclopédia jurídica**. Disponível em: < <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/5/edicao-1/terceirizacao-na-administracao-publica> > Acessado em: 02/05/2018.

VARELLA, D. **Herpes-Zóster**. Publicado em 2012. Disponível em: < <https://drauziovarella.uol.com.br/entrevistas-2/herpes-zoster/> > Acessado em: 01/02/2018.

ANEXOS

Anexo I – Organograma da Fiocruz (Fonte: Portal)



Anexo II – Instrução Normativa 05 MPDG, 2017. Recorte: CAPÍTULO V, Seção I (Das Atividades de Gestão e Fiscalização da Execução dos Contratos).

Art. 39. As atividades de gestão e fiscalização da execução contratual são o conjunto de ações que tem por objetivo aferir o cumprimento dos resultados previstos pela Administração para os serviços contratados, verificar a regularidade das obrigações previdenciárias, fiscais e trabalhistas, bem como prestar apoio à instrução processual e o encaminhamento da documentação pertinente ao setor de contratos para a formalização dos procedimentos relativos a repactuação, alteração, reequilíbrio, prorrogação, pagamento, eventual aplicação de sanções, extinção dos contratos, dentre outras, com vista a assegurar o cumprimento das cláusulas avençadas e a solução de problemas relativos ao objeto.

Art. 40. O conjunto de atividades de que trata o artigo anterior compete ao gestor da execução dos contratos, auxiliado pela fiscalização técnica, administrativa, setorial e pelo público usuário, conforme o caso, de acordo com as seguintes disposições:

I - Gestão da Execução do Contrato: é a coordenação das atividades relacionadas à fiscalização técnica, administrativa, setorial e pelo público usuário, bem como dos atos preparatórios à instrução processual e ao encaminhamento da documentação pertinente ao setor de contratos para formalização dos procedimentos quanto aos aspectos que envolvam a prorrogação, alteração, reequilíbrio, pagamento, eventual aplicação de sanções, extinção dos contratos, dentre outros;

II - Fiscalização Técnica: é o acompanhamento com o objetivo de avaliar a execução do objeto nos moldes contratados e, se for o caso, aferir se a quantidade, qualidade, tempo e modo da prestação dos serviços estão compatíveis com os indicadores de níveis mínimos de desempenho estipulados no ato convocatório, para efeito de pagamento conforme o resultado, podendo ser auxiliado pela fiscalização de que trata o inciso V deste artigo;

III - Fiscalização Administrativa: é o acompanhamento dos aspectos administrativos da execução dos serviços nos contratos com regime de dedicação exclusiva de mão de obra quanto às obrigações previdenciárias, fiscais e trabalhistas, bem como quanto às providências tempestivas nos casos de inadimplemento;

IV - Fiscalização Setorial: é o acompanhamento da execução do contrato nos aspectos técnicos ou administrativos quando a prestação dos serviços ocorrer concomitantemente em setores distintos ou em unidades desconcentradas de um mesmo órgão ou entidade; e

V - Fiscalização pelo Público Usuário: é o acompanhamento da execução contratual por pesquisa de satisfação junto ao usuário, com o objetivo de aferir os resultados da prestação dos serviços, os recursos materiais e os procedimentos utilizados pela contratada, quando for o caso, ou outro fator determinante para a avaliação dos aspectos qualitativos do objeto.

§ 1º No caso do inciso IV deste artigo, o órgão ou entidade deverá designar representantes nesses locais para atuarem como fiscais setoriais.

§ 2º O recebimento provisório dos serviços ficará a cargo do fiscal técnico, administrativo ou setorial, quando houver, e o recebimento definitivo, a cargo do gestor do contrato.

§ 3º As atividades de gestão e fiscalização da execução contratual devem ser realizadas de forma preventiva, rotineira e sistemática, podendo ser exercidas por servidores, equipe de fiscalização ou único servidor, desde que, no exercício dessas atribuições, fique assegurada a distinção dessas atividades e, em razão do volume de trabalho, não comprometa o desempenho de todas as ações relacionadas à Gestão do Contrato.

Anexo III – Roteiro de Entrevista Semiestruturada.

Seção 1 - Identificação do participante

Nome:

Idade:

Cargo/Função:

Tempo de Fiocruz:

Vínculo:

Sexo:

Seção 2 – Questões para o participante

1- Em linhas gerais, o que você pensa sobre o tema da Saúde do Trabalhador?

2- Sobre a saúde do trabalhador terceirizado na Administração Pública, qual a sua opinião? Quais são as principais questões que você identifica?

3- Qual sua percepção sobre o nível de participação dos trabalhadores nas decisões sobre os processos de trabalho? E na montagem dos mapas de risco e análises de acidente?

4 – Sobre a participação dos gestores/fiscais de contrato, qual sua percepção? Há impactos nas questões de saúde?

5- Sobre as questões discutidas, você visualiza possíveis soluções? Em caso positivo, quais sugestões você teria?

Anexo IV- Dados sobre terceirização em atividade-fim por unidade (Parte 1-2) – Fonte: Fiocruz, Relatório de Gestão 2017.

Unidade contratante	Razão Social da empresa	Fundamental	Médio	Superior	Total
INCQS	ABRADECONT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DEFESA DO CONSUMIDOR	0	2	2	4
EPSJV	ABRADECONT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DEFESA DO CONSUMIDOR	0	0	25	25
COGEPE	ABRADECONT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DEFESA DO CONSUMIDOR	0	0	15	15
IOC	ABRADECONT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DEFESA DO CONSUMIDOR	28	9	7	44
IFF	ABRADECONT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DEFESA DO CONSUMIDOR	0	77	25	102
IFF	ABRADECONT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DEFESA DO CONSUMIDOR	3	23	5	31
COGIC	ABRADECONT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DEFESA DO CONSUMIDOR	0	25	10	35
IRR	AGILE EMPREENHIMENTOS E SERVIÇOS LTDA	0	19	0	19
IFF	ANGEL'S SERVIÇOS TÉCNICOS LTDA	14	87	36	137
INCQS	ANGEL'S SERVIÇOS TÉCNICOS LTDA	0	2	1	3
DIRAC	APPA SERVIÇOS TEMPORÁRIOS E EFETIVOS LTDA	8	32	41	81
COGEPE	CAM - CENTRO DE AUXÍLIO A MATERNIDADE LTDA	6	84	11	101
PR	CTIS TECNOLOGIA S/A	0	0	0	0
ENSP	ESPAÇO SERVIÇOS ESPECIALIZADOS LTDA	15	88	49	152
INI	IPPP - INSTITUTO DE PROFESSORES PÚBLICOS E PARTICULARES	0	80	72	152
INI	IPPP - INSTITUTO DE PROFESSORES PÚBLICOS E PARTICULARES	22	64	36	122
EPSJV	IPPP - INSTITUTO DE PROFESSORES PÚBLICOS E PARTICULARES	1	42	30	73
COGEAD	IPPP - INSTITUTO DE PROFESSORES PÚBLICOS E PARTICULARES	7	57	26	90
COC	IPPP - INSTITUTO DE PROFESSORES PÚBLICOS E PARTICULARES	11	53	18	82
IAM	IPPP - INSTITUTO DE PROFESSORES PÚBLICOS E PARTICULARES	0	0	0	0
ILMD	M B BARROS E CIA LTDA - ME	0	18	5	23
IOC	NOVA RIO SERVIÇOS GERAIS LTDA	2	94	64	160
BIOMANGUTINHOS	NOVA RIO SERVIÇOS GERAIS LTDA	10	639	674	1323

Dados sobre terceirização em atividade-fim por unidade (Parte 2-2) – Fonte: Fiocruz, Relatório de Gestão 2017.

BIOMANGUINHOS	NOVA RIO SERVICOS GERAIS LTDA	0	22	0	22	0	22
GEREB	PLANALTO SERVICE LTDA	0	19	15	34		
ENSP	PLANEJAR TERCEIRIZAÇÃO E SERVIÇOS EIRELI	1	25	11	37		
ICICT	PLANSUL - PLANEJAMENTO E CONSULTORIA LTDA	16	24	30	70		
COGIC	PLANSUL - PLANEJAMENTO E CONSULTORIA LTDA	1	72	21	94		
PR	PROJEBEL SERVIÇOS COMÉRCIO LTDA	0	19	22	41		
INCQS	PROSEG SERVIÇOS GERAIS LTDA	0	4	3	7		
COGIC	SERES SERV DE RECRUTAMENTO E SELECAO DE PESSOAL LTDA	0	8	0	8		
FARMANGUINHOS	SERES SERV DE RECRUTAMENTO E SELECAO DE PESSOAL LTDA	41	141	76	258		
FARMANGUINHOS	SERES SERV DE RECRUTAMENTO E SELECAO DE PESSOAL LTDA	0	46	78	124		
PR	SERES SERV DE RECRUTAMENTO E SELECAO DE PESSOAL LTDA	0	11	44	55		
FARMANGUINHOS	SERES SERV DE RECRUTAMENTO E SELECAO DE PESSOAL LTDA	6	28	91	125		
FARMANGUINHOS	SERES SERV DE RECRUTAMENTO E SELECAO DE PESSOAL LTDA	7	90	25	122		
COGEPE	SERES SERV DE RECRUTAMENTO E SELECAO DE PESSOAL LTDA	0	0	0	0		
INCQS	STEFANINI CONSULTORIA E ASSESSORIA EM INFORMATICA S.A.	0	6	29	35		
COGEPE	STEFANINI CONSULTORIA E ASSESSORIA EM INFORMATICA S.A.	0	184	161	345		
INCQS	STEFANINI CONSULTORIA E ASSESSORIA EM INFORMATICA S.A.	0	0	4	4		
COGEAD	STEFANINI CONSULTORIA E ASSESSORIA EM INFORMATICA S.A.	0	0	0	0		
INCQS	STEFANINI CONSULTORIA E ASSESSORIA EM INFORMATICA S.A.	0	10	0	10		
	Total Geral	199	2204	1762	4165		