



Eixo: Trabalho, questão social e Serviço Social.

Sub-eixo: Relações de trabalho - organização, gestão e exploração da força de trabalho.

A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE MAGISTRADOS E SERVIDORES DO PODER JUDICIÁRIO: POSSIBILIDADES E DESAFIOS NO ÂMBITO DA PROTEÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES

AGATHA ALVES DA SILVA¹

Resumo: Este trabalho consiste em um estudo exploratório, cujo objeto é a Resolução 207/2015, que instituiu a *Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário* brasileiro. Tem como procedimentos metodológicos revisão bibliográfica, levantamento documental e análise de pesquisas feitas no Judiciário sobre a saúde de magistrados e servidores. Resgata-se a história desta política e as condições de saúde dos trabalhadores no contexto de contrarreforma do Estado e “modernização” do Judiciário. Destaca como possibilidade de transformação dos processos e ambientes de trabalho adoeceadores a adoção dos conceitos de “Promoção” e “Vigilância em Saúde”, postos na política.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Poder Judiciário; Política de Saúde do Trabalhador.

Resumen: Este trabajo consiste en un estudio exploratorio, cuyo objeto es la Resolución 207/2015, que instituye la *Política de Atención Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário* brasileiro. Sus procedimientos metodológicos son revisión bibliográfica, levantamiento documental y análisis de investigaciones realizadas en el Judicial sobre la salud de magistrados y servidores. Se rescata la historia de esta política y las condiciones de salud de los trabajadores en el contexto de contrarreforma del Estado y “modernización” del Judicial. Destaca como posibilidad de transformación de los procesos y ambientes de trabajo adoeceadores la adopción de los conceptos de “Promoción y Vigilancia en Salud”, puestos en la política.

Palabras clave: Salud del Trabajador; Poder Judicial; Política de Salud del Trabajador.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo busca efetuar uma leitura sócio-histórica do processo de “Reforma e Modernização do Judiciário” brasileiro, atrelada aos impactos ocasionados na saúde da força de trabalho atuante nesta esfera de poder. Com isto, objetiva-se ratificar a necessidade de criação de mecanismos de proteção à saúde desse segmento de trabalhadores, destacando-se a

¹ Estudante de Pós-Graduação. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. E-mail: <agatha.publi@gmail.com>.

importância da Resolução 207/2015, que institui a *Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário*.

Assim, pretende-se identificar os limites e possibilidades contidos nesta política para viabilização da proteção à saúde dos trabalhadores do poder judiciário. Para tanto, realizou-se breve resgate teórico quanto às concepções que abordam a relação saúde/doença e trabalho, sendo estas, “Medicina do Trabalho”, “Saúde Ocupacional” e “Saúde do Trabalhador”, visando criar subsídios para análise da resolução supracitada.

Efetuamos uma leitura das mudanças ocorridas nos processos de trabalho no âmbito do Estado e no serviço público brasileiro a partir da “reestruturação produtiva” do capital. Sobretudo a partir da publicação do Plano Diretor da Reforma do Estado do Ministério de Administração e Reforma do Estado (PDRE/MARE), com a proposta de uma nova forma de gestão do trabalho, aproximando-se da lógica produtivista que, para seus formuladores, significaria a saída do “modelo burocrático” e passagem para o “modelo gerencial”, pautado nos princípios de eficiência e eficácia. (BRASIL, 1995).

Com isso, busca-se elucidar as mudanças ocorridas na esfera do Judiciário e os impactos ocasionados na saúde de magistrados e servidores atuantes neste poder, corroborando a necessidade de criação de instrumentos de proteção à saúde desta população.

Posteriormente, apresentamos a história de construção da *Política Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário*, destacando as suas características e pontos de interface com a perspectiva de “Saúde do Trabalhador”.

Este trabalho tem como concepção o reconhecimento da necessidade de aprofundamento dos estudos sobre a saúde da força de trabalho atuante nesta esfera de poder. Para atender as reais necessidades de saúde existentes no Judiciário, considera-se que os conceitos de “Promoção” e “Vigilância em Saúde” presentes na perspectiva de “Saúde do Trabalhador”, e também na Resolução 207/2015, podem gerar possibilidades de transformação dos processos e ambientes de trabalho adoecedores.

2. AS RELAÇÕES TRABALHO-SAÚDE: RECORTE TEÓRICO-CONCEITUAL E HISTÓRICO SOBRE A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Neste estudo, para compreensão de trabalho, utiliza-se a concepção elaborada por Marx (1983, p. 149), como categoria ontológica na formação do ser social, cuja fundamentação baseia-se na distinção entre o trabalho existente na natureza e o trabalho humano, sendo este último, uma construção sócio-histórica. O homem possui a capacidade teleológica, e pode planejar, pensar, elaborar a ação antes de executá-la. Em outras palavras,

Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colmeias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. (MARX, 1983, p.149).

Embora a conexão entre trabalho e saúde/doença já tenha sido corroborada desde a Antiguidade, “somente na modernidade ela se torna objeto de estudo e, posteriormente, intervenção estatal” (CAVALCANTI, 2011, p.1) e privada.

Nas palavras de Minayo-Gomez e Thedim-Costa, com o advento da revolução industrial ocorriam

[...] jornadas extenuantes [de trabalho], em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde, às quais se submetiam também mulheres e crianças [...]. A aglomeração humana em espaços inadequados propiciava a acelerada proliferação de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes. (1997, p.22).

Mendes e Dias afirmam que, “sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo” (MENDES; DIAS, 1991) de produção, surge em 1830, a primeira experiência de Medicina do Trabalho, que estava pautada nos seguintes preceitos: o médico era a figura central na implantação e desenvolvimento deste serviço, que se restringia aos muros da fábrica e aos trabalhadores atuantes no local.

Já na década de 1940, com o fim da II Guerra Mundial e em uma conjuntura social, política e econômica completamente adversa, a falta de mão-

de-obra e altíssimos índices de acidentes de trabalho, pesaram para os empregadores e para as seguradoras de saúde. A Medicina do Trabalho mostra-se incapaz de trazer resultados esperados para acumulação de capitalista daquele período histórico.

Nesse contexto, emerge a “Saúde Ocupacional”, com uma nova proposta interventiva, ao incorporar profissionais de outras áreas do saber, como a engenharia, trazendo em seu bojo o caráter interdisciplinar e multiprofissional, referenciado pela Higiene Industrial. De acordo com Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p.23), ela “incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito”.

O espraiamento e a adoção da Saúde Ocupacional no Brasil deram-se tardiamente. Como marco legal da consolidação deste paradigma no país, reconhece-se a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), “principalmente nas normas relativas à obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho; na avaliação quantitativa de riscos ambientais e adoção de ‘limites de tolerância’, entre outras.” (MENDES; DIAS, 1991, p. 344).

Para os autores Mendes e Dias (1991), a despeito das modificações efetuadas na legislação trabalhista, eixos centrais de uma prática curativa, medicalizada, que toma o trabalhador como objeto da ação e intervenção profissional, foram mantidos na legislação previdenciária/acidentária.

A partir do final da década de 1960, emergem novas críticas a essa concepção, evidenciando seu caráter negativo quanto à individualização e medicalização das ações, além de reprodução das instituições médicas, “ganha corpo a teoria da determinação social do processo saúde-doença, cuja centralidade colocada no trabalho – enquanto organizador da vida social” (MENDES; DIAS, 1991, p. 346). Esse é o contexto que possibilita a emersão de um dos principais movimentos de luta pelos direitos à saúde no âmbito do trabalho – o Movimento Operário Italiano (MOI).

Na década de 1970, de acordo com Lacaz (2007, p. 760) iniciam-se os processos de transformações socioeconômicas, políticas e culturais na

América Latina, que culminam em profundas mudanças no âmbito da urbanização e industrialização.

Nos anos de 1980, com o fim da ditadura civil-militar no Brasil, emerge uma nova conjuntura socioeconômica e política. No bojo da redemocratização, ganha fôlego o Movimento de Reforma Sanitária brasileiro que, influenciado pelo Movimento de Reforma Sanitária italiano, e articulado aos setores sindicais atuantes, visava implementar profundas mudanças na Política de Saúde do país, trazendo à tona uma perspectiva crítica na concepção do processo saúde-doença.

O ponto principal desta discussão ocorreu na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, quando a saúde passou a ser entendida não mais como “ausência de doença”, reconhece-se que a saúde também é composta por determinantes sociais e históricos. Como desdobramento deste evento, também em 1986, ocorre I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (CNST), contribuindo no fortalecimento do debate sobre a Saúde do Trabalhador no Brasil.

Consolidando estas transformações e avanços, a concepção ampliada de saúde foi incorporada pela Constituição Federal de 1988, tornando-se base teórico-metodológica da Saúde Pública brasileira, como “direito de todos” devendo ser garantida pelo Estado, como disposto em seu artigo 196 (BRASIL, 1988). Regulamentada posteriormente pela Lei orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19/09/1990), dando corpo ao Sistema único de Saúde – SUS.

No entanto, a despeito dos avanços obtidos com a construção do campo da Saúde do Trabalhador, como afirmam Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p. 23), mantém-se a hegemonia da perspectiva da Saúde Ocupacional como campo técnico-normativo, no que tange à relação entre empregadores e empregados. Dessa forma, cristalizou-se o dualismo entre Saúde do Trabalhador e Saúde Ocupacional.

Tal afirmativa ratifica-se na construção dos marcos legais que regulamentam as ações voltadas para proteção da saúde dos trabalhadores no Brasil, a partir da elaboração de duas políticas, orientadas por perspectivas teórico-conceituais distintas, sendo estas: a Política Nacional de Segurança e

Saúde no Trabalho (PNSST), de 2011; e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), promulgada em agosto de 2012.

Tendo em vista que o paradigma Saúde do Trabalhador, para além de ser uma perspectiva teórico-conceitual, de acordo com Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p.25), também se constitui como “campo de práxis, de produção de conhecimentos orientados para uma ação/intervenção transformadora”, pressupõe, a compilação de um conjunto de princípios e atividades contínuas em sua intervenção.

Dentre estes, destacam-se as dimensões de “Promoção da Saúde” e a “Vigilância em Saúde do Trabalhador” que, norteadas por uma concepção de saúde ampliada, reconhecem o trabalho e as condições de vida como pontos de partida no processo de análise da determinação social da saúde/doença. Nessa medida, estes fundamentos trazem como possibilidades, a pesquisa e o conhecimento dos fatores que determinam os agravos à saúde, incorporando o trabalhador como sujeito dessas ações, e considerando o seu saber sobre os processos e ambientes de trabalho.

3. A CRISE DO CAPITAL E AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO: DETERMINANTES E CONDICIONANTES NA INTERVENÇÃO ESTATAL E NO PODER JUDICIÁRIO BRASILEIRO

Para entender as mudanças ocorridas no Brasil a partir da década de 1990 no âmbito da intervenção estatal, e seus rebatimentos na atuação do Poder Judiciário brasileiro, faz-se necessário abordar, anteriormente, as transformações em curso no mundo desde a década de 1970, geradas pela crise do capital.

A “crise do capitalismo monopolista” (NETTO, 1996, p. 90) na década de 1974-75 levou o mundo a entrar em uma grande recessão. Chegavam ao fim os chamados “Anos Dourados do capitalismo”, que deram sustentação ao “pacto de classes” materializado no *Welfare State*. No sentido de dar respostas a esta crise, foram criadas novas estratégias e uma série de reajustes com implicações diretas para os Estados capitalistas, na economia, na política e, sobretudo, na esfera do trabalho.

No curso da última “reestruturação produtiva” (BEHRING, 2008, 33), recorre-se a uma nova forma de acumulação, desterritorializada, que configura a chamada acumulação “flexível”. Este processo trouxe profundas alterações nas formas de contratação da mão de obra, agora, marcada pela “flexibilização” dos contratos de trabalho, terceirização, crescimento do setor de serviços, mudanças na exigência do perfil para ingresso no mercado de trabalho formal. Cresce também o número de segmentos desprotegidos, como idosos e crianças, excluídos do mercado de trabalho por não serem produtivos.

No Brasil, estas transformações também ocorreram – ressalvadas as especificidades históricas do país, que se destaca pela inserção subalterna no sistema capitalista, não tendo vivenciado o *Welfare State*. Para Behring (2008, p. 113), “a partir dos anos 1990, o Brasil adentrou num período marcado por uma nova ofensiva burguesa, mais uma vez adaptando-se às requisições do capitalismo mundial.”

Estas modificações geram significativos rebatimentos não só no mercado, economia e mundo do trabalho, como também, na intervenção estatal e nos processos de trabalho no plano do Estado brasileiro, que passou a ser responsabilizado pela crise econômica desencadeada no país a partir da década de 1980, e utiliza o projeto de sua “reforma” – sendo esta uma escolha político-econômica - como estratégia para sair da crise.

Foi no governo (1995 – 2003) de Fernando Henrique Cardoso, que esse projeto avançou e se aprofundou no país, sob o aporte neoliberal. Neste período, podemos citar como o mecanismo mais significativo para esta “reforma”, a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), em 1995, e a Emenda Constitucional nº 19, de 19/06/1998, que trata da “reforma” da administração pública. Além disso, o então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Bresser Pereira, dirigiu a formulação do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), 1995, cuja finalidade é a de “definir objetivos e estabelece diretrizes para a reforma da administração pública brasileira” (BRASIL, 1995, p.6), base para um conjunto de “reformas” constitucionais.

Para os autores deste plano, a crise que atingiu o país nas décadas que antecederam a sua criação, caracterizava-se por ser uma crise do Estado, de

caráter fiscal e da inflacionária. Nesse sentido, de acordo com as palavras retiradas do documento em questão, “a reforma do Estado passou a ser instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia.” (BRASIL, 1995, p.6).

O Estado brasileiro foi considerado rígido, lento, ineficiente e sem memória administrativa (BEHRING, 2008) e, nesse sentido, dever-se-ia caminhar na busca por uma sociedade “moderna”, que só poderia ser alcançada através de “uma reforma gerencial”, voltada para o controle dos resultados e baseada na descentralização, visando qualidade e produtividade do serviço público” (BEHRING, 2008, p.177).

Percebe-se que o projeto de “reforma” da administração pública está pautado no modelo de administração da iniciativa privada, equiparando as mudanças ocorridas no mundo do trabalho com as transformações exigidas no âmbito do serviço público, na busca pela “modernização” do aparelho do Estado a partir da lógica produtivista da “administração por resultados”. Dessa forma, conceitos próprios da administração gerencial são inseridos na reforma administrativa, tais como: eficiência, eficácia e celeridade.

De acordo com Behring (2008, p. 281), o projeto de “reforma” do Estado brasileiro, em curso nos anos de 1990, consiste, na verdade, em uma contrarreforma, visto que as mudanças efetuadas representam um conjunto de alterações regressivas no que tange a perda de direitos, flexibilização e precarização para os trabalhadores no Brasil.

Cabe ressaltar que os ajustes efetuados na economia, Estado e política brasileira, foram impulsionados para adequação ao reordenamento mundial, e orientados por instituições globais, como o Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional e a Organização Mundial do Comércio, que atuam e intervêm no funcionamento, reordenamento e alinhamento do sistema financeiro e economia mundial.

As mudanças que incorreram o Estado brasileiro perpassam também a atuação do Poder Judiciário, influenciando a sua organização e seus processos de trabalho, através da “reforma/modernização” do Poder Judiciário, em resposta a chamada “crise” do Judiciário.

4. A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE MAGISTRADOS E SERVIDORES DO PODER JUDICIÁRIO

São vários os desafios postos ao Judiciário hoje, que se resumem na necessidade de “modernização” de suas estratégias de gestão. Como resposta a esta conjuntura, o CNJ – criado pela EC 45/2004 – deu início ao processo de reestruturação desta esfera de poder, estabelecendo, a partir de 2009, como ferramentas de atuação o Planejamento Estratégico e o Choque de Gestão do Poder Judiciário.

Dentre as ações voltadas para consolidação de sua “modernização”, “o Judiciário tende a operar mudanças na sua organização do trabalho, gerando desdobramentos como a intensificação do ritmo de trabalho e o uso diário continuado de recursos tecnológicos” (CAVALCANTI, 2013, s.p). Diante desta conjuntura, torna-se primordial a construção de mecanismos de proteção à saúde da força de trabalho atuante nestas instituições.

Para Cavalcanti (2013, s.p),

Em um ambiente típico de escritório, incluindo o atendimento aos públicos externo e interno, os riscos à saúde no trabalho fragilizam a manutenção e a reprodução da força de trabalho, o que impõe a necessidade de implantação de ações articuladas e interdisciplinares voltadas também para a vigilância e promoção da saúde, além das previstas na Lei 8112/1990, em que são priorizadas as voltadas para assistência e a perícia.

É neste bojo que, segundo Barroso (2015), surge, em 2007, por iniciativa do Conselho da Justiça Federal (CJF) e dos profissionais de saúde atuantes nas diferentes instâncias deste poder. O Congresso Brasileiro dos Serviços de Saúde do Judiciário, bianual, tem como finalidade promover o debate acerca das experiências e projetos desenvolvidos nos setores de saúde dos mais distintos órgãos componentes do Poder Judiciário, e estimular a integração dos profissionais (médicos, psicólogos, odontólogos, assistentes sociais, enfermeiros, servidores da área administrativa e gestão de pessoas) e das ações desenvolvidas nas diversas áreas de intervenção – assistência, perícia e promoção da saúde.

Em 2007, o Congresso foi realizado em Brasília, e teve como tema central a “Promoção da Saúde: uma abordagem interdisciplinar”. Buscou-se a

participação de todos os estados e instituições do Judiciário, no sentido de congregar as mais distintas realidades e condições de trabalho, para construção conjunta de aprimoramento e posicionamento.

Já no ano de 2009, o II Congresso foi realizado na cidade de Porto Alegre, e trouxe para o debate “O papel do Serviço de Saúde no Poder Judiciário”. O diferencial neste Congresso foi a redação da “Carta dos profissionais de Saúde do Poder Judiciário” ao final do encontro, dando origem à constituição de um “Grupo virtual dos profissionais de saúde do Poder Judiciário”, visando a troca de experiência continuada entre os profissionais, para além dos encontros bianuais. (BARROSO, 2015, s.p).

O III Congresso foi realizado na cidade de São Paulo, em 2011. Esta edição contou com a participação do Dr. Sérgio Carneiro, na época, representante do Ministério de Planejamento, Organização e Gestão (MPOG), que apresentou a experiência de criação e implantação da Política de Assistência à Saúde do Servidor (PASS) e do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), no Executivo Federal. (BARROSO, 2015, s.p.).

Deste encontro também resultou a construção da “Carta dos profissionais de saúde – III Congresso Brasileiro dos Serviços de saúde do Poder Judiciário”, onde foi apontada a necessidade de criação/construção conjunta de uma Política de Atenção à Saúde dos Magistrados e Servidores, visando contemplar a integração entre os eixos estruturantes – assistência, perícia, vigilância e promoção –, a partir da perspectiva de integralidade das ações e de adoção de políticas claras, integradas e uniformes para saúde no Judiciário. O documento propõe ainda o desenvolvimento de uma parceria entre o Judiciário e o MPOG, para auxiliar a elaboração desta nova política, aos moldes do que foi realizado no Executivo Federal. (BARROSO, 2015, s.p.).

Nesse sentido, segundo Barroso (2015, s.p), a “Carta dos profissionais de saúde – III Congresso Brasileiro dos Serviços de saúde do Poder Judiciário” – trazia a seguinte proposição: a política, a ser construída, deveria privilegiar a promoção como orientação na condução dos serviços de saúde no Judiciário, corroborando com a estruturação da saúde como um pilar estratégico na

formação de um Judiciário moderno, apto a responder às exigências da sociedade brasileira.

Posteriormente, no ano de 2013, foi realizado o IV Congresso, também em Brasília. Enfatizou-se a necessidade de construção de uma política nacional de saúde, de caráter multiprofissional, além de se destacar a necessidade de normatização acerca das práticas de saúde, através da definição de conceitos, diretrizes e rumos para ações de cunho pericial, assistencial, promoção e vigilância.

Sendo assim, após a realização deste Congresso, o CNJ reconhecendo a necessidade de serem realizados estudos relativos às condições de saúde dos magistrados e servidores do Poder Judiciário, assim como de serem apresentadas propostas para ações/programas que revertesse a incidência de doenças físicas e emocionais dos trabalhadores deste Poder, vinculadas ao ambiente e condições de trabalho, lança a Portaria nº 43, em 01 de novembro de 2014², cuja finalidade consiste em

[Instituir] no âmbito do Conselho Nacional de Justiça, um Grupo de Trabalho para elaborar estudos relativos às condições de saúde física e emocional de magistrados e servidores do Poder Judiciário, e apresentar propostas para ações ou programas que revertam esse quadro. (BRASIL, 2011).

A partir deste grupo de trabalho, foi construído o primeiro documento formal, uma minuta de resolução, com o escopo da política de saúde, enviado para aprovação no CNJ. Em 08 de outubro de 2014, o CNJ abriu uma consulta pública sobre a proposta de Resolução destinada a criar a *Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário*.

Após o período de consulta pública, a *Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário* foi publicada pelo CNJ, no dia 04 de agosto de 2015, durante a Sessão Ordinária 212ª, publicada em 19 de outubro de 2015, através da Resolução 207/2015.

Vale ressaltar que a construção desta política é fruto da organização dos servidores e magistrados e que, tal como anteriormente exposto, ao longo dos

² Disponível em:

<http://www.cnj.jus.br//images/atos_normativos/portaria/portaria_43_01042014_03042014142904.pdf> Acesso em: 11 jan. 2016.

Congressos de Saúde colocaram, permanentemente, a necessidade de criação de um mecanismo de proteção da saúde destes trabalhadores.

Serão abordados, no próximo tópico, os aspectos relacionados à estrutura da política, visando destacar os seus conceitos e seus pontos inovadores. Isto é, na perspectiva teórico-metodológica adotada nesta pesquisa para a monografia, o privilégio foi dado à vertente crítica no tratamento da questão da saúde dos trabalhadores, especificamente aqui na pesquisa junto ao Judiciário e, portanto, foram extraídos como conceitos-chave fundamentais e coerentes com esta abordagem, os de Vigilância e de Promoção em Saúde.

4.2. Vigilância e promoção da saúde: possibilidades de redução dos agravos à saúde

Neste tópico, a proposta é efetuar breve análise acerca do que se considera como conceitos centrais, inovadores e estratégicos, trazidos pela *Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário*, nos termos do quadro teórico de referência tomado como ponto de partida da análise, mas considerando, contudo, que não se tem a pretensão de esgotar a temática.

Dito isto, a política busca de acordo com seu Art1º,

- I - definir princípios, diretrizes, estratégias e parâmetros para a implementação, em caráter permanente, de programas, projetos e ações institucionais voltados à promoção e à preservação da saúde física e mental de magistrados e servidores;
- II – coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial em saúde, promoção, prevenção e vigilância em saúde de magistrados e servidores a fomentar a construção e a manutenção de meio ambiente de trabalho seguro e saudável e, assim, assegurar o alcance dos propósitos estabelecidos no Plano Estratégico do Poder Judiciário; e
- III – instituir e monitorar a Rede de Atenção à Saúde, priorizando-se o compartilhamento de experiências e a uniformização de critérios, procedimentos e prontuários, respeitadas as peculiaridades locais. (BRASIL, 2015).

E já em sua parte inicial afirma,

CONSIDERANDO a importância da preservação da saúde de magistrados e servidores para o alcance dos macrodesafios estabelecidos na Estratégia Judiciário 2020, a teor da Resolução CNJ 198, 1º de julho de 2014;

CONSIDERANDO a diretriz estratégica aprovada no VIII Encontro Nacional do Poder Judiciário, aplicável a todos os órgãos do Poder Judiciário, de zelar pelas condições de saúde de magistrados e servidores, com vistas ao bem-estar e à qualidade de vida no trabalho;

CONSIDERANDO a responsabilidade das instituições pela promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças de seus membros e servidores e, para tanto, a necessidade de se estabelecer princípios e diretrizes para nortear a atuação dos órgãos do Poder Judiciário; (BRASIL, 2015 – grifos no original).

Para tanto, o documento considera os seguintes conceitos: “Ambiente e organização do trabalho”, “Promoção da saúde”, “Prevenção em Saúde”, “Vigilância em Saúde”, “Equipe Multiprofissional”, “Transdisciplinaridade”, “Abordagem Biopsicossocial do processo saúde/doença”, “Transversalidade”, “Intra e intersectorialidade”, dentre outros. É destacada aqui a relevância de dois conceitos, primordialmente, “Promoção da Saúde” e “Vigilância em Saúde”, considerando a sua centralidade, no que tange a abordagem crítica em Saúde do Trabalhador, como demonstrado no início deste estudo.

Faz-se necessário, anteriormente, elucidar que a despeito do apontamento inicial feito no documento a respeito da saúde como “direito de todos e dever do Estado”, de acordo com o disposto da Constituição Federal de 1988, em seu art.196, o mesmo não ocorre quando se apresenta o conceito de saúde que norteia a política. Sendo assim, para os fins desta Resolução, considera-se como “Saúde”: “*estado* de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças (Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde)” (BRASIL, 2015 – grifos nossos).

Observa-se, portanto, o conceito de saúde ali utilizado fundamenta-se em uma concepção já criticada pelo movimento de Reforma Sanitária brasileiro, que procurou superá-la a partir de uma perspectiva mais abrangente, considerando os determinantes socioeconômicos e político-culturais do *processo* saúde-doença. O trabalho passou a ser um determinante da saúde, daí a necessidade deste conceito ser referência na Resolução n ° 207/2015 no CNJ, que tem como objetivo central mediar à relação trabalho-saúde.

Uma concepção adequada das relações entre trabalho e saúde supõe a consideração de como o processo de trabalho está organizado, quais as exigências e estratégias de sua gestão e organização, pois é pelo reconhecimento, identificação e análise destes determinantes e condicionantes

que se torna possível identificar tanto as cargas e riscos que os processos encerram, quanto o desgaste que proporcionam à saúde da força de trabalho.

Observa-se que o entendimento de que os resultantes das relações entre os processos de trabalho e de saúde-doença longe estão das perspectivas que consideram apenas os riscos biológicos e ambientais (como visto, concepções presentes nas perspectivas de Medicina do Trabalho e de Saúde Ocupacional).

Pois nesta concepção não se toma as condições e relações de trabalho como dadas e/ou supostamente inerentes ao trabalho e à saúde de quem trabalha. Pelo contrário, cabe investigar, capturando as informações e processando-as, identificar os riscos e cargas, bem como os indicadores de adoecimento e mortalidade, de forma a superá-los, ainda que reconhecendo os limites dados pelo modo de produção capitalista que, a rigor, se centra, na dominação e exploração dos trabalhadores. E nesta mesma direção, não se trata apenas de cuidar da doença e/ou dos agravos decorrentes, mas de *promover saúde*.

Ao destacar, para efeito de análise na pesquisa realizada, os conceitos de “Promoção e Vigilância em Saúde” como centrais, busca-se, portanto, elucidar este fato. Assim, mesmo antes da existência de uma política de proteção à saúde dos trabalhadores do Judiciário em âmbito nacional, já existiam ações e projetos periciais e assistenciais desenvolvidos pelos serviços de saúde de cada órgão componente deste poder. A despeito da ausência de princípios e diretrizes nacionais que dessem norte a essas ações, estas se desenvolviam, principalmente, dada a sua relevância, cuja centralidade estava, exclusivamente, na manutenção da produção e controle sobre a força de trabalho.

Daí, também, a importância da política tomar a “Promoção e Vigilância em Saúde” como princípios. No documento da política sob análise, a “Promoção da Saúde” é definida como: “conjunto de ações com o objetivo de informar e motivar a atuação, individual e coletiva, na melhoria da saúde” (BRASIL, 2015). E “Vigilância” como:

[um] conjunto de ações contínuas e sistemáticas que possibilita detectar, conhecer, pesquisar, analisar e monitorar os fatores

determinantes e condicionantes da saúde relacionados aos ambientes e processos de trabalho e que tem por objetivo planejar, implantar e avaliar intervenções que reduzam os riscos ou agravos à saúde. (BRASIL, 2015).

A relevância destes conceitos relaciona-se ao fato de que na perspectiva de Saúde do Trabalhador, eles são as bases das ações, ao passo que viabilizam a construção de um perfil de adoecimento dos servidores e magistrados em âmbito nacional, com base em um sistema de informações unificadas – licenças médicas, exames admissionais, acidentes de trabalho, aposentadorias por invalidez e adaptações funcionais- possibilitando o real dimensionamento das questões relacionadas à saúde.

Além disso, a perspectiva crítica da Saúde do Trabalhador supõe, ainda, o estudo e investigação dos processos de trabalho, a fim de identificar os riscos e cargas adoecedoras, com a posterior construção de programas/ações voltadas para os objetivos descobertos. Não se trata, portanto, do desenvolvimento de atividades múltiplas e sem uma direção única, mas sim de pesquisar/conhecer para, então, intervir e promover a saúde. Como visto, anteriormente, na exposição realizada, a vigilância se constitui em “informação para a ação” (MACHADO, 2013; FAUSTINO, 2015).

Além disso, “Promoção e Vigilância em Saúde” relacionam-se com a alteração de ambientes e processos de trabalho adoecedoras, tanto no aspecto coletivo quanto no individual, visando à produção de impactos positivos sobre a saúde de servidores e magistrados.

No texto da política, ao lado da vigilância, também é possível identificar a presença e preconização da promoção da saúde dos trabalhadores, em diferentes momentos. Cabe, contudo, reconhecer que toda uma estrutura, que compreende desde a divulgação e conhecimento da política, até a formação de recursos humanos, criação de estratégias e organismo de gestão adequados a estas concepções, entre outros aspectos, deverá ser constituída a fim de conduzir à efetiva implantação da política.

Para que estes novos conceitos e paradigma estejam, de fato, presentes na realidade diária de trabalho dos profissionais de saúde atuantes no Judiciário, faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de capacitações continuadas, voltadas para conhecimento da realidade objeto de intervenção, e

adoção de práticas que melhorem a qualidade e vida no trabalho. Tal perspectiva exigirá, ademais, a própria participação e envolvimento dos próprios trabalhadores do Judiciário, para além dos movimentos que já desenvolveram até o momento, a fim de que a política seja, realmente, construída.

5. CONCLUSÃO

Ao analisarmos a história de construção e o caminho percorrido até a publicação *Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário*, conclui-se que esta representa, sem dúvida alguma, um ganho para os trabalhadores do Judiciário. No entanto, para que não se torne apenas normatização legal, e não prática, é necessário que ocorra uma larga capacitação dos trabalhadores atuantes nos serviços de saúde, não só para conhecimento da política em questão, mas também para alinhamento da diretriz teórico-metodológica a ser atribuída a essas ações.

Apesar do ecletismo quanto a abordagem de alguns conceitos no documento, especificamente, o de saúde - que evidencia a multiplicidade de saberes e correlação de forças presentes no momento de sua construção -, a política traz pontos importantes que podem ser usados em prol da ampliação e aprofundamento de melhorias das condições de trabalho e saúde para magistrados e servidores. Como exemplo, podemos citar o conceitos e ações previstas de “Promoção” e “Vigilância em Saúde”. A relevância destes conceitos relaciona-se ao fato de que, na perspectiva de Saúde do Trabalhador, eles são o sustentáculos das ações que podem viabilizar a construção de um perfil de adoecimento dos servidores e magistrados em âmbito nacional.

Para tanto, torna-se fundamental e necessária a construção de um sistema de informações com base unificada – licenças médicas, exames admissionais, acidentes de trabalho, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais - que possibilite o mapeamento epidemiológico das questões relacionadas à saúde desses trabalhadores em âmbito nacional. Esses dados poderão subsidiar a construção e implementação de programas

e/ou ações voltadas para os principais riscos e agravos à saúde, relacionados ao trabalho, incidentes nesta população. Se trata de pesquisar, conhecer a realidade objeto de trabalho, para, então, intervir e promover a saúde.

Nesse sentido, acredita-se que a política analisada pode sim ser um instrumento de ampliação dos direitos à saúde no trabalho de magistrados e servidores do Poder Judiciário brasileiro, desde que seus pontos fortes, que possibilitam a construção de estratégias de alteração de processos e ambientes de trabalho adoecedores, tanto no aspecto coletivo quanto no individual, não sejam negligenciados, mas sim aprofundados.

REFERÊNCIAS

BARROSO, M. D. **Demandas e competências do serviço social no mundo do trabalho**: uma experiência no Judiciário. Trabalho de Extensão. Rio de Janeiro: UERJ, Mimeo, 2008.

BARROSO, M. D. **Breve retrospectiva dos Congressos de saúde do Judiciário**. Rio de Janeiro: Mimeo, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 22 out. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Processo judicial eletrônico**. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/tecnologia-da-informacao/processo-judicial-eletronico-pje>>. Acesso em: 8 jan. 2016.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Política de atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3011>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Imprensa Nacional, 1995. Plano aprovado pela Câmara da Reforma do Estado da Presidência da República em setembro de 1995.

_____. Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 31 dez. 2004.

CARNEIRO, A. M. Saúde do Servidor: uma questão para a gestão de pessoas. In: IV Congresso CONSAD de Gestão Pública, 2011, Brasília, **Anais...** Brasília 2011.

CAVALCANTI, C. P. N. Aspectos teórico-conceituais e históricos da construção do Campo da Saúde do Trabalhador. In: _____. **Curso de Capacitação em promoção e Vigilância em Saúde do Trabalhador (PASS-SIASS)**. Rio de Janeiro, 2011.

CAVALCANTI, C. P. N. **Projeto de Extensão Atenção à Saúde do Trabalhador nas Instituições Públicas**. [S.l.]: ESS/UFRJ, 2013.

COHN, A. C.; MARSIGLIA, R. G. Processo e organização do trabalho. In: ROCHA, L. E.; DAKOLIAS, M. Banco Internacional para reconstrução e desenvolvimento/ Banco Mundial. **Documento técnico n. 319**. Washington. DC, 1996.

FAUSTINO, C. **Vigilância em Saúde do Trabalhador**: um estudo exploratório no estado do Rio de Janeiro. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, 2015.

FELIX, E. G.; ANDRADE, E. T.; VASCONCELLOS, L.C.F. **Relações saúde-trabalho no serviço público federal**: o Estado brasileiro como padrão. Rio de Janeiro: Mimeo, [s.d].

LACAZ, F.A.C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 23, p.757-766, abr. 2007.

LAURELL, A.C; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1989.

MACHADO, J.M.H. Vigilância em saúde do trabalhador: conceitos e pressupostos. In: CORREA, J.M.M.; PINHEIRO, T.M.M.; MERLO, A.R.C. (Org.). **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde**: teorias e práticas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

_____. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 987-992, 2005.

_____. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.13, p. 33-45, 1997. Suplemento 2.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de valorização. In: _____. **O Capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. cap. 5

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 5, n. 25, p. 341-9, 1991.

MENDES, G.F.; COELHO, I.M.; BRANCO, P.G.G. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2008.

MENDES, G.F. Poder judiciário e gestão eficiente. **Cadernos FGV Projetos**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 12, maio/jun. 2010. Entrevista com o Ministro Gilmar Mendes. Disponível em: <<http://fgvprojetos.fgv.br/publicacao/cadernos-fgv-projetos-no-12-poder-judiciario-e-gestao-eficiente>>. Acesso em: 8 jan. 2016.

MENDES, G. F. **Organização do Poder Judiciário Brasileiro**. Brasília: STF, s.d. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaArtigoDiscurso/anexo/JudicBrasil.pdf>>. Acesso em: 8 jan. 2016.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, F.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.13, p. 21-32, 1997. Suplemento 2.

NOGUEIRA, T. P. O choque de gestão do Poder Judiciário Brasileiro. In: _____. **O trabalho do juiz**. São Paulo: Projeto Editorial Praxis, 2014.

VASCONCELLOS, L.C.F. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. **Rev. bras. Saúde Ocup**, São Paulo, v. 38, n. 128p. p.179-198, 2013.

VASCONCELLOS, L.C.F.; ALMEIDA, C.V.B.; GUEDES, D.T. Vigilância em Saúde do Trabalhador: passos para uma pedagogia. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 445-462, nov. 2009/fev. 2010.