

CARMEN LÚCIA GILL ALVES PEREIRA

**PROGRAMAS DE PREVENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NO
SERVIÇO PÚBLICO:**

O Caso do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Florianópolis, 2003

CARMEN LÚCIA GILL ALVES PEREIRA

**PROGRAMAS DE PREVENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NO
SERVIÇO PÚBLICO:**

O Caso do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, área de concentração Ergonomia, como requisito à obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

Universidade Federal de Santa Catarina

Orientador: Prof. Dr. José Marçal Jackson Filho

Florianópolis, 2003

CARMEN LÚCIA GILL ALVES PEREIRA

**PROGRAMAS DE PREVENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NO
SERVIÇO PÚBLICO:
O caso do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, área de concentração Ergonomia, como requisito à obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Edson Pacheco Paladini
Coordenador do Programa

Banca Examinadora:

Prof. Dr. José Marçal Jackson Filho
Orientador

Prof. Dr. Francisco José de Castro Moura Duarte
COPPE – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª Dr^ª Ana Regina de Aguiar Dutra
Universidade Federal de Santa Catarina

Dr^ª Uiara Brandineli Montedo

Florianópolis, 2003

AGRADECIMENTOS

Agradeço e divido este estudo com todos os trabalhadores, principalmente com os servidores públicos municipais de Joinville.

Aos integrantes do Departamento de Saúde Ocupacional e Perícias – DESAP, do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, principalmente os integrantes da Divisão de Saúde Ocupacional – DISAO, pela disponibilidade de transmitir seus conhecimentos e contar sua história, imprescindível para a realização desta iniciativa.

Aos meus pais Ulisses e Nerecy que, com muitos sacrifícios, oportunizaram a mim e a minhas irmãs Anamaeve, Elizabeth e Neusa, o acesso à Universidade.

Ao meu companheiro Marlon e a minha filha Gabriela, que muitas vezes se viram privados da minha companhia e que tiveram que se adaptar aos meus horários de estudo, pelo amor e compreensão.

À minha irmã Anamaeve e ao amigo Marcos Lombardi, que desde o início deste estudo me apoiaram, pelas valiosas

contribuições e opiniões dadas, que me permitiram concluir este trabalho.

À amiga Maria Aparecida, companheira de caminhada e de anseios profissionais.

Às amigas Odésia e Ester pela longa amizade, apoio e parceria profissional.

À Prefeitura Municipal de Joinville por ter me propiciado os meios necessários para a realização deste trabalho, e aos meus colegas de trabalho pela amizade e incentivo.

Ao Doutor Arsênio Carmona Gutiérrez, pela valiosa contribuição na metodologia do trabalho.

E ao Marçal, Doutor José Marçal Jackson Filho, meu orientador e amigo, que me fez refletir, mostrando-me os caminhos antes e durante a realização deste estudo, aqui concretizado.

O resultado deste trabalho é nosso.

RESUMO

O presente estudo tem como tema “Programas de Prevenção à Saúde do Trabalhador no Serviço Público”. Nele, objetivou-se conhecer casos bem sucedidos de práticas preventivas de órgãos públicos, visando a estabelecer modelos e parâmetros que auxiliassem na construção de uma política de prevenção à saúde para o Setor. O estudo abordou as políticas de prevenção instituídas pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais - TJMG. A pesquisa foi desenvolvida através de entrevista com os principais atores sociais que vivenciaram a construção e a implantação dessas políticas. Inicialmente, constatou-se que a Instituição, para fazer frente à alta incidência de casos de Lesões por Esforços Repetitivos - LER, formulou políticas de prevenção, resultado de anos de trabalho participativo e de construção social. Sob a coordenação/orientação de consultores externos (convênio com a Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG), os técnicos da Instituição analisaram o trabalho de quatro setores representativos (aprenderam fazendo), sendo emitido Relatório Final intitulado “Avaliação das condições de Trabalho no Tribunal de Justiça – MG” (ASSUNÇÃO et al., 1998). Este relatório foi validado em reuniões com servidores integrantes dos setores analisados. Além de validar o estudo, os servidores fizeram severas críticas à Instituição e principalmente ao Serviço Médico. Como resultado, ocorreu uma reestruturação do serviço, que deixou de ser assistencialista para ter caráter preventivo, criando-se o Departamento de Saúde Ocupacional e Perícias, integrado pela Divisão de Perícias Médicas e Divisão de Saúde Ocupacional. Esta última com orientação principal voltada à saúde ocupacional preventiva, desenvolvida através da criação e implantação de programas, quais sejam: Programa de Educação para a Saúde – PES; Programa de Controle e Saúde Ocupacional – PCSO; Programa de Readaptação e Reinserção Profissional –PRRP; Programa de Prevenção e Atendimento ao Estresse; Programa de Prevenção ao Tabagismo; Comitê de Ergonomia; Programa de Atendimento em Terapias Complementares - PROTEC; Programa de Reeducação Alimentar e Programa de Manutenção da Saúde Corporal - PROMASC. Após análise do estudo do caso do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais ficou evidenciado que cada setor público deve construir políticas de prevenção à saúde dos trabalhadores, partindo das próprias experiências, sobretudo relevando os aspectos individualizados e pontuais e respeitando as especificidades do trabalho de cada setor.

Palavras-chave: Serviço Público, saúde do trabalhador, prevenção, Judiciário.

ABSTRACT

The theme of the present work is “Preventive Health Programs” for Public Sectors workers. Our aim was to know the successful cases of preventive activity of the government Institutions creating models and parameters to help establish of politics of health prevention as regard the public sector. The study was about the politics of prevention created by the Court of justice of state of Minas Gerais. The research was developed by interviewing the main social actors who participated in the construction and implementation of these policies. First we noticed that the Institution that could face the high incidence of cases of repetitive strain injuries has established policies of prevention resulting from years of participative work and social construction. The coordination and guidance was the result of an agreement with the “Universidade Federal de Minas Gerais” and was executed by external consultants. Moreover, the technicians from the Institution have analyzed the work of four representatives of sector (they learned it through doing it) and the end published a Final Report entitled: “Evaluation of the conditions of work at the Court of Justice – MG” (ASSUNÇÃO et al., 1998). This report was validated in meetings with civil servants working in the sectors under analysis. Besides validating the study the civil servants severely criticizes the Institution, especially the Medical Service. The resultant was a restructuring of the service which became preventive instead of social welfare and a Department of Occupational health and Investigation integrated by the Division Medical Investigations and Division of Occupational Health. This latter with the aim of preventing occupational health developed through the creation and implementing the programs, such as: Program of education for Health, Program for Readapting and Professionally Re-insertion, Program of Prevention and Assistance to Stressed Workers, Program for Preventing Addiction to Smoking, Committee of Ergonomics, Program of Assistance in Complementary Therapies, Program of nutrition Re-education and Program for the Maintenance of Body Health. After analysis of the study about the Court of Justice of the state of Minas Gerais it is evident that each Public Sector must construct polices for the health of workers emerging from their own experiences, moreover emphasizing the individual and punctual aspects, respecting the especificities of the work of each sector.

Key words: Public Service, health of the worker, prevention Court of Justice.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABERGO – Associação Brasileira de Ergonomia

AET – Análise Ergonômica do Trabalho

ACT – Análise Coletiva do Trabalho

AMAGIS – Associação dos Magistrados

ASCOM – Assessoria de Comunicação

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CEC – Centro de Educação Continuada

CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CNAE – Código Nacional de Atividade Econômica

COERGO – Comissão de Ergonomia

CCSS – Conselho das Comissões de Saúde do Servidor

CSS – Comissão de Saúde do Servidor

DDRH – Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos

DEMAD – Departamento de Modernização Administrativa

DEMAE – Departamento Municipal de Água e Esgoto

DEMED – Departamento Médico

DEODON – Departamento de Odontologia

DESAP – Departamento de Saúde Ocupacional e Perícias

DIENF – Departamento de Enfermagem

DIPEM – Divisão de Perícias Médicas

DIRAS – Diretoria de Assistência

DISAO – Divisão de Saúde Ocupacional

DORT – Distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho

DRT - Delegacia Regional do Trabalho

EAP – Ergonomia da Atividade Profissional

EJEF – Escola Judicial Edésio Fernandes

FUNDACENTRO – Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

GESAS – Gerência de Saúde do Servidor

GL – Ginástica Laboral

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

IPSEMG – Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais

LER – Lesões por esforços repetitivos

MPOG – Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

MS – Ministério da Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCMSO – Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional

PCSO - Programa de Controle e Saúde Ocupacional

PES - Programa de Educação para a Saúde

PMJ – Prefeitura Municipal de Joinville

PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

PROMASC - Programa de Manutenção da Saúde Corporal

PROTEC - Programa de Atendimento em Terapias Complementares

PRRP - Programa de Readaptação e Reinserção Profissional

NESTH – Núcleo de Estudos Sobre o Trabalho Humano

PSF – Programa de Saúde da Família

NOST – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador

NR – Norma Regulamentadora

SEJUD – Secretaria Judiciária

SERMAP – Serviço de Manutenção Patrimonial

SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

SST – Segurança e Saúde no Trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

TJMG – Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

TJSC – Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 A CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	18
2.1 Saúde e necessidade de prevenção	18
2.2 Aspectos legais da prevenção	19
2.3 Servidores públicos: uma população desprotegida	22
2.4 O enfrentamento dos “riscos” no Setor Público	24
2.5 Modelos de prevenção dos danos à saúde	26
2.5.1 O modelo de prevenção adotado no Brasil	26
2.5.2 Uma nova abordagem de prevenção: a contribuição da ergonomia	29
3 MÉTODOS DE PESQUISA: Os caminhos do estudo	32
3.1 A abordagem qualitativa: o pesquisador como instrumento da pesquisa	32
3.2 O método: o estudo de caso	34
3.3 Técnicas de coleta de dados	36
3.3.1 A entrevista	36
3.3.2 Análise documental	38

3.4 Procedimentos metodológicos: a metodologia na prática	38
3.4.1 Estudo exploratório	38
3.4.2 Delimitação do estudo	42
3.4.3 A análise descritiva sistemática	44

4 UMA ABORDAGEM SINGULAR DE PREVENÇÃO: o caso do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais	46
4.1 O contexto onde a abordagem foi desenvolvida	47
4.2 A história contada por seus atores	49
4.2.1 A criação da DIRAS	51
4.2.2 Uma visão ampla de promoção à saúde	51
4.2.3 Cooperação externa: a formação do grupo para pesquisa	55
4.2.4 A reestruturação da DIRAS: a transição para a nova abordagem	58
4.3 A nova e atual abordagem	61
4.3.1 Divisão de Perícias Médicas	63
4.3.2 Divisão de Saúde Ocupacional	64
4.3.2.1 Programas preventivos da DISAO	67
4.3.2.1.1 Programa de Educação para Saúde	67
4.3.2.1.2 Programa de Controle e Saúde Ocupacional	69
4.3.2.1.3 Comitê de Ergonomia	72
4.3.2.1.4 Programa de Atendimento em Terapias Complementares	91
4.3.2.1.5 Programa de Prevenção e Atendimento ao Estresse	94
4.3.2.1.6 Programa de Controle do Tabagismo	101
4.3.2.1.7 Programa de Reeducação Alimentar	105
4.3.2.1.8 Programa de Manutenção da Saúde Corporal	108

4.3.2.1.8.1 Ginástica Laboral	108
4.3.2.1.8.2 Consciência Corporal	110
4.3.2.2 Ações assistenciais da DISAO	112
4.3.2.2.1 Intercorrências Clínicas	112
4.3.2.2.2 Abordagem psicológica	113
4.3.2.2.3 Acompanhamento ao servidor com comprometimento osteomuscular	114
4.3.2.2.4 Programa de Readaptação e Reinserção Profissional	115
5 A CONSTRUÇÃO DA ABORDAGEM DE PREVENÇÃO DOS DANOS À SAÚDE DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS	122
5.1 Referencial teórico	123
5.2 Constituição da equipe	123
5.3 Organização do trabalho	124
5.4 Métodos e instrumentos utilizados	125
5.5 Controle e implementação do modelo	125
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
REFERÊNCIAS	131
ANEXOS	136
Anexo 1 – Ofício da Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos/ Ofício da Divisão de Saúde Ocupacional	137
Anexo 2 – Ofício da Secretaria de Administração e Recursos Humanos	140

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 declara a saúde como um direito de todos e dever do Estado. A Lei Orgânica da Saúde de 1990 disciplina legalmente a proteção e a defesa da saúde, inserindo a Saúde do Trabalhador como campo de ação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Com a instituição, pela Constituição Federal de 1988, do regime jurídico único para os servidores públicos da administração direta, autarquias e fundações, esses passaram a ser contratados através de concursos públicos e regidos por estatuto próprio. Embora tanto a Constituição Federal, quanto a Lei Orgânica da Saúde garantam o direito à saúde no trabalho de forma universal e igualitária, o que vemos é esse direito do servidor (trabalhador) ser constantemente desrespeitado, pela carência de políticas públicas que viabilizem ações preventivas no que diz respeito à saúde e segurança do trabalhador – servidor público.

O que se observa, na prática, são empresas públicas buscando ou adotando o paradigma dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT's (médicos, engenheiros, enfermeiros, técnico de segurança, auxiliar de enfermagem) e a constituição de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, na “tentativa” de adequação ao modelo de prevenção instituído no Brasil, através do uso do arcabouço legal e regulamentar existente, em especial pelo Capítulo V da CLT, e pelas Normas Regulamentadoras - NR's. Este modelo protecionista no qual prevalece a questão dos

“riscos” (físicos, químicos, mecânicos, etc), tem se mostrado insuficiente para as indústrias, para as quais foi concebido. Será ele adequado para o Setor Público, que possui características e peculiaridades próprias?

A procura por uma abordagem alternativa que pudesse abarcar as necessidades constatadas pela equipe do SESMT, da Prefeitura Municipal de Joinville – PMJ, da qual a pesquisadora faz parte, como Engenheira de Segurança do Trabalho, a levou a tomar contato com a experiência desenvolvida na Divisão de Saúde Ocupacional - DISAO do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais - TJMG através de programas de prevenção dos danos à saúde do trabalhador.

Duas razões lhe chamaram à atenção para o trabalho desenvolvido no TJMG. De um lado, a equipe da DISAO tem difundido suas intervenções em eventos técnico-científicos, sendo aberta à discussão e à troca de experiências. De outro lado, apóia-se em competências externas – por meio de consultorias de professores universitários – quando não as possui em sua equipe.

A escolha da abordagem de prevenção dos danos à saúde do trabalhador, desenvolvida pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, como campo de pesquisa para este estudo, deve-se também por seu caráter inovador, pelas relevantes mudanças positivas geradas na Instituição em relação à saúde, pelo trabalho coletivo e interdisciplinar desenvolvido.

A pesquisadora compartilha com o grupo de servidores da Divisão de Saúde Ocupacional (antiga Divisão de Assistência Médica - DIRAS) do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais do desejo de realizar ações efetivas relativas à prevenção à saúde dos servidores públicos.

A proposta elaborada por este grupo de servidores [...] tem no fundo um sonho, que é transformar um trabalho às vezes sem motivações e fatigante em um trabalho criativo, dinâmico, onde todos possam participar de sua organização e com isto criar um ambiente rico, participativo, no qual possamos realizar nossos desejos, ou seja,

um trabalho voltado para a prevenção, perícia e acompanhamento do servidor (DIRAS, 1998, p.1).

Por serem as atividades desenvolvidas pelos programas do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais uma experiência singular, optou-se pela realização de um estudo sistematizado, fundamentado em abordagens qualitativas de pesquisa, dentre elas a de um estudo de caso que utiliza a técnica de análise descritiva. Esta análise teve como base os pressupostos da ergonomia.

A pesquisa tem como **objetivo geral** compreender a construção da abordagem desenvolvida pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, para a prevenção da saúde de seus servidores e magistrados. Quanto aos **objetivos específicos** discriminam-se: 1 – Elaborar a memória descritiva, a partir da narrativa dos atores sociais (informantes-chave), envolvidos na elaboração, implantação e efetivação dos programas de prevenção à saúde do trabalhador, no Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. 2 – Analisar, descritivamente, a experiência relatada pelos atores sociais. 3 – Identificar as singularidades e relevância dos programas de prevenção à saúde do trabalhador, desenvolvidos pela Divisão de Saúde Ocupacional, do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.

Para compreender a construção da abordagem desenvolvida pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, que se constitui em uma experiência singular, o estudo foi fundamentado em método de abordagem qualitativa – estudo de caso. A técnica utilizada foi a da análise descritiva da experiência narrada pelos atores sociais, que desenvolveram os programas de prevenção, da Divisão de Saúde Ocupacional.

Com esta pesquisa pretende-se, também, oferecer subsídios para os gestores do Setor Público, preocupados com a saúde e segurança no trabalho dos seus servidores, de elaborarem proposta de implantação de programas de prevenção dos danos à saúde do servidor público, contribuindo para atender as demandas constatadas pela equipe do SESMT, da Prefeitura Municipal de Joinville – PMJ.

Como apresentação final do estudo, o presente relatório traz a seguinte estrutura:

O capítulo 1 introduz o leitor nos caminhos trilhados para a definição, elaboração e apresentação do estudo.

O capítulo 2 contextualiza o tema, apresentando as idéias absorvidas da literatura para a construção do referencial teórico que guiou a elaboração do presente trabalho.

O capítulo 3 apresenta o método utilizado no processo de estudo e conhecimento da realidade.

O capítulo 4 traz a descrição, sob a ótica da pesquisadora, do processo de construção social da abordagem de prevenção dos danos à saúde do trabalhador, produzido pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais.

O capítulo 5 traz a discussão da pesquisadora, apoiada no referencial teórico sobre os avanços, contribuições, singularidades e relevância da abordagem descrita no presente estudo.

O capítulo 6 traz as considerações finais do estudo, incluindo suas limitações e possíveis estudos futuros vislumbrados a partir deste.

2 A CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

2.1 Saúde e necessidade de prevenção

Invariavelmente, as ações preventivas de acidentes e doenças procuram impedir danos à saúde dos trabalhadores no exercício de suas atividades funcionais. Contudo, as rápidas mudanças tecnológicas, o envelhecimento da população de trabalhadores, entre outros fatores, exigem uma reflexão sobre o próprio conceito do que é **saúde**.

Dejours (1986, p.11), buscando salvar o que sugere a “antiga definição de saúde¹”: “[...] **a saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social**”. Considera que para se ter bem-estar físico é preciso se possuir a liberdade de regular as variações que aparecem no estado do seu organismo, ou seja, dormir quando se tem vontade, repousar quando estiver cansado, comer quando estiver com fome. “[...] É, portanto a liberdade de adaptação” (DEJOURS, 1986, p. 11).

Como bem-estar social, Dejours (1986, p.11) entende “[...] a liberdade de se agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho, ou seja, sobre o conteúdo do trabalho, a divisão das tarefas, a divisão dos homens e as relações que mantêm entre si”.

Thébaud-Mony (1996) citada em Daubas-Letourneux e Thébaud-Mony (2002, p.5), parte do pressuposto de **saúde como uma construção**:

¹ Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, a **saúde** é um bem-estar físico, psíquico e social.

A saúde é um processo dinâmico pelo qual o indivíduo se constrói e se orienta, processo que inscreve no corpo da pessoa, as marcas do trabalho, das condições de vida, dos acontecimentos e das dores, do prazer e do sofrimento, de tudo o que faz uma história **individual** na sua singularidade, mas também **coletiva** pela influência das múltiplas lógicas no seio das quais ela se insere. (tradução e grifos nosso)

Para Assunção (2003, p.18), “[...] a construção da saúde é a mobilização consciente ou não das potencialidades de adaptação do ser humano, permitindo-lhe interagir com o meio de trabalho, lutando contra a morte, as deficiências, as doenças e a tristeza”.

Percebe-se nas definições desses autores que o conceito de saúde é dinâmico e, gradativamente, vem sendo ampliado para abranger as demandas sociais originadas nas situações de trabalho. Em 1999, Garrigou et al., afirmaram que a busca de organizações mais abertas deveria ser o objetivo dos profissionais que visam à prevenção dos danos à saúde dos trabalhadores. Estas organizações do trabalho possibilitariam aos trabalhadores escolhas que atendessem suas singularidades, isto se refletiria positivamente no coletivo pela diminuição de acidentes e doenças do trabalho.

2.2 Aspectos legais da prevenção

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante **políticas sociais e econômicas** que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal, 1988, art. 196).

A inexistência de lei específica para reger a segurança e a saúde dos servidores públicos foi matéria de capa de uma revista especializada em segurança e saúde no trabalho². A Constituição Federal – CF de 1988, porém, define dentre os direitos sociais a saúde, o trabalho e o meio ambiente, neste último compreendido o do trabalho (art.6º); em seu artigo

² Proteção, setembro de 2002.

7º (inciso XXII) legisla sobre a questão de que entre os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais (CF art. 7º) está a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de edição de normas de saúde, higiene e segurança; e no seu artigo 198 cria o Sistema Único de Saúde – SUS, definindo como uma de suas diretrizes a priorização de ações preventivas nesta área.

A regulamentação do SUS deu-se pela aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8080/1990 e Lei n.º 8142/1990), que define a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Estão incluídas no campo de atuação do SUS a execução de **políticas** que visem à **saúde do trabalhador**, entendidas como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, **à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores**, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

O campo das ações que envolvem a saúde do trabalhador abrange a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; participação, no âmbito de competência do SUS, em estudos pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; da normatização, fiscalização e controle de atividades produtivas que apresentem riscos à saúde do trabalhador; avaliação do impacto que novas tecnologias possam provocar à saúde; cabendo-lhe ainda informar tanto ao trabalhador quanto à sua entidade sindical e às empresas sobre riscos existentes no trabalho e os resultados disponíveis de fiscalizações e, por último, participar na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresa públicas e privadas.

Para fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, foi instituída pelo Ministério da Saúde – MS a Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, através da Portaria n.º 3.120/1998. Nessa Portaria, as

ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador são compreendidas como uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

Esta normativa parte do princípio de que o sistema de saúde deve ter linhas mestras de atuação para poder manter banco de dados e intercâmbio de experiências, preservando sempre as particularidades regionais (culturas e características populacionais), ultrapassando o aspecto normativo tratado pela fiscalização tradicional, pautando-se nos princípios da **universalidade, integralidade das ações, plurinstitucionalidade, controle social, hierarquização e descentralização, interdisciplinaridade, pesquisa-intervenção e caráter transformador**.

As intervenções devem ter **abordagem multidisciplinar** sobre o problema, contemplando saberes técnicos de diversas áreas do conhecimento e, principalmente, o **saber prático dos trabalhadores**, propondo mudanças inclusive dos processos de trabalho, a partir de análises tecnológica, ergonômica, organizacional e ambiental, podendo usar parâmetros que superem a própria legislação em vigor.

As atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar ações de saúde do trabalhador a serem desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constam da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - NOST (SUS) aprovada pela Portaria nº 3.908/1998 (MS).

O Estado de Santa Catarina, na apresentação do “Plano Estadual de Saúde do Trabalhador” (versão preliminar para apreciação do Conselho Estadual de Saúde em 30/07/2003), assume que a “organização de ações e serviços na área de saúde do trabalhador

vem se dando, no âmbito do SUS, de forma lenta e descoordenada” e, ainda, que “a ausência de uma política e uma coordenação efetiva do Gestor Estadual deixou um vazio que foi assumido por poucos municípios”.

Esta ausência de políticas em Saúde e Segurança do Trabalhador em nível estadual tem reflexos diretos na saúde do trabalhador em níveis municipais.

A apresentação deste arcabouço legal relativo à Saúde do Servidor/Trabalhador não pretendeu esgotar toda a legislação, principalmente a do SUS, que é dinâmica e permite a sua adaptação às mudanças que ocorrem num mundo globalizado, com reflexos no mundo do trabalho e na sociedade.

2.3 Servidores públicos: uma população desprotegida

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi instituído o regime jurídico único para os servidores públicos da administração direta, autarquias e fundações, que passaram a ser contratados através de concursos públicos e regidos por estatuto próprio.

Para se ter uma idéia da dimensão da população de servidores públicos enquadrados na categoria de estatutários, segundo o Censo Demográfico³ (2000) as pessoas ocupadas no Brasil que se declararam militares e servidores estatutários eram 3.729.012, o que correspondia a 5,76 % de um total de 64.704.927 pessoas ocupadas.

³ Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000.

Semana de referência: semana de 23 a 29 de julho de 2000.

Foram consideradas como ocupadas na semana de referência as pessoas que tinham trabalho durante todo ou parte deste período.

Considerou-se como trabalho principal o único trabalho que a pessoa tinha na semana de referência. Para as pessoas que tinham mais de um trabalho na semana de referência, adotaram-se os seguintes critérios:

1º) o principal era aquele que a pessoa habitualmente dedicava maior número de horas por semana, independentemente de ser remunerado ou não;

2º) no caso de igualdade também de horas trabalhadas, o principal era aquele que a pessoa tinha mais tempo de exercício, independentemente de ser remunerado ou não; e

3º) no caso de igualdade também no tempo de serviço dos trabalhos, o principal era aquele que proporcionava o maior rendimento.

Estes servidores estatutários exercem suas funções nos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, na esfera federal, estadual e municipal, nas áreas da saúde, educação, obras públicas e outros serviços essenciais.

Socialmente, esta população de servidores estatutários que por um lado é tida como privilegiada por possuir estabilidade e aposentadoria integral, por outro não está coberta pelo “guarda-chuva” das Normas Regulamentadoras - NR’s relativas à saúde e segurança do trabalhador, que são de observância obrigatória só para as empresas que possuem empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT ⁴.

A questão da preocupação com a saúde dos servidores públicos foi enfocada pelo “Boletim Contato⁵”, de 15 de julho de 2003, que apresentava dados oficiais da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, os quais relatavam que 24,7% do total de aposentadorias por invalidez de servidores públicos federais eram resultantes de problemas de saúde que poderiam ser prevenidos ou tratados precocemente com boas chances de manter esses servidores na ativa.

Estas aposentadorias precoces resultantes de problemas de saúde⁶, geram prejuízos para o servidor, que recebe aposentadoria proporcional e perde o custeio do tratamento e para o Governo, que tem que investir em novas contratações, além da sociedade como um todo.

Para reverter este quadro, o Estado deveria assumir seu papel de gestor no tocante à prevenção à saúde dos seus funcionários, porém, na prática, geralmente limita-se ao controle da concessão de licenças para tratamento de saúde, visando somente à diminuição do absenteísmo por doença. Este último, entendido como “[...] ausência ao trabalho atribuída à

⁴ Norma Regulamentadora 1 (NR-1).

⁵ Boletim Eletrônico para Servidores do Governo Federal (nº 4).

⁶ Doenças como as lesões por esforços repetitivos – LER, distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, estresse, alcoolismo, depressão e outros agravos relacionados ao trabalho não estão incluídas na lista de doenças que permitem aposentadoria integral.

doença ou lesão e aceita como tal pelo empregador ou sistema de seguro social” (METS, 1988, p. 1096).

O absenteísmo não pode ser visto como um problema individual, nem como um fenômeno médico, mas como um problema “social”. Para investigar o absenteísmo é necessário uma equipe multidisciplinar envolvendo especialistas (médico do trabalho, psicólogo, sociólogo, estatístico etc.) (METS, 1988, p. 1096).

Autores da escola francesa de ergonomia (Wisner, Guérin, Laville e outros), nos quais a pesquisadora se apóia teoricamente, têm no absenteísmo por doença uma demanda inicial para uma intervenção ergonômica numa dada situação de trabalho, cujos diagnósticos revelam as situações difíceis vivenciadas pelos trabalhadores.

2.4 O enfrentamento dos “riscos” no Setor Público

Alguns estudos, como o de Le-Grande (1998), indicam a existência de riscos para a saúde e segurança dos servidores públicos, dentre eles a organização física e ergonômica inadequadas, a qualidade do ar interior duvidosa, a violência no local de trabalho, a exposição a agentes biológicos (coleta de lixo, esgoto, etc.), a produtos químicos, a equipamentos eletrônicos e a campos eletromagnéticos ou radiações não ionizantes.

A violência contra os servidores públicos tem se evidenciado desde a década de 80, principalmente para aqueles que manipulam dinheiro, lidam com queixas de clientes e consumidores, trabalham sozinhos, ficam em contato com pacientes ou clientes que podem ser violentos. Pesquisas nos Estados Unidos indicam que, em 1992, o homicídio, com 17% dos casos, foi a segunda causa de mortes no local de trabalho (LE-GRANDE, 1998).

Os estudos de Le-Grande (1998) indicam ainda que, em meados dos anos 80, dentre os servidores públicos adoecidos, havia um grande número de registros de doenças de

membros superiores compatíveis com LER⁷/DORT⁸ (síndrome do túnel de carpo, desvio ulnar, tendinite etc.).

De um modo geral, as empresas públicas para fazer frente a esses problemas de saúde, estruturam serviços de prevenção à saúde, reportando-se ao modelo SESMT e à constituição de CIPA's, de acordo com o prescrito na CLT. A implantação deste modelo de prevenção também é a reivindicação da maioria dos sindicatos das categorias de servidores públicos.

Segundo uma reportagem especial da revista Proteção (2002), o Ministério do Trabalho e Emprego - MTE e o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MPOG estudam a criação de uma portaria interministerial por meio da qual as **CIPA's** sejam **obrigatórias** também para o Setor Público, com o objetivo de resolver o “vazio legal” a que estão sujeitos os servidores públicos.

A mesma reportagem cita algumas cidades brasileiras que instituíram CIPA's ou SESMT's, como o município de São Paulo com cerca de 125.000 estatutários, que teve suas CIPA's instituídas por lei municipal no ano de 2001 e, a seguir, sancionou a lei de criação do SESMT. Em São Vicente, são aproximadamente 4.800 servidores estatutários, com CIPA constituída e estudos para a implantação de SESMT.

No Rio Grande do Sul, a Secretaria da Saúde está estudando a constituição de serviços de segurança e saúde do trabalhador mais avançados em relação à NR-4 e, ao invés de CIPA's, pretende constituir Comissões de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente. O Departamento Municipal de Água e Esgoto – DMAE, uma autarquia do município de Porto Alegre, conta com 2.500 funcionários, possui SESMT, tendo como estratégia preventivista a elaboração do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO e Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais – PPRA e vem investindo em ergonomia.

⁷ LER – Lesões por Esforços Repetitivos.

⁸ DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho.

Em Santa Catarina, está em tramitação, desde agosto de 2003, na Assembléia Legislativa, projeto de lei que propõe a criação da Comissão de Saúde do Servidor – CSS do Serviço Público do Estado de Santa Catarina, a ser organizada em cada órgão do Poder Executivo, e o Conselho das Comissões de Saúde do Servidor – CCSS. Essas comissões diferenciam-se das CIPAS's por não possuírem um presidente e sim um secretário executivo eleito⁹ com liberdade de ação, assim como seus membros teriam a permissão para ausentarem-se até quatro horas semanais do seu local de trabalho para desempenho de atividades de interesse da Comissão. Como seus integrantes devem ser servidores efetivos, o projeto de lei prevê, ainda, que eles não possam ser transferidos, colocados à disposição ou sofrer suspensão devido ao exercício de seu mandato na Comissão.

O CCSS será formado pelos secretários executivos de cada CSS e pelos representantes dos órgãos públicos indicados pelo governador do Estado e será responsável pela coordenação dos trabalhos das CSS.

Os exemplos aqui relatados revelam que o Setor Público, para enfrentar as demandas de prevenção aos agravos à saúde produzidos no contexto das situações de trabalho, recorrem ao modelo tradicionalmente instituído no Brasil.

2.5 Modelos de prevenção dos danos à saúde

2.5.1 O Modelo de prevenção adotado no Brasil

No Brasil, a prevenção de acidentes e doenças do trabalho está alicerçada em um arcabouço legal, que regulamenta o modelo existente. Os atores sociais que estão envolvidos nesta prática são os integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT's (engenheiros, médicos, enfermeiros, auxiliares de

⁹ O secretário executivo seria eleito pelos integrantes da comissão em substituição ao presidente da CIPA's que é indicado pelo empregador.

enfermagem e técnicos de segurança) e os componentes da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA's (representantes dos trabalhadores).

As CIPA's são constituídas por representantes eleitos pelos empregados e indicados pelo empregador, sendo o seu presidente também representante do empregador (NR-5), o que compromete a autonomia das ações da comissão, assim como a sua liberdade de expressão.

A maioria das empresas que possuem SESMT, fazem-no somente para respeitar o estabelecido no artigo 162 da CLT¹⁰ e os demais preceitos legais contidos nas Normas Regulamentadoras relativas à Segurança e Medicina no Trabalho (Portaria nº 3.214 de 1978).

Para Assunção e Lima (2003, p.1775), a prática da prevenção através da aplicação de leis e normas, aliada à obrigatoriedade legal dos SESMT's “[...] favorece um certo desvio da prática prevencionista”. Não importa se a prevenção está sendo efetiva, importa se a lei está sendo cumprida. Assunção e Lima (2003, p. 1775), também explicitam que: “[...] a prevenção anda, em verdade, a reboque do direito”.

A segurança do trabalho, por pertencer ao campo das engenharias, tem perspectiva prescritiva e normativa, dentro de uma certa racionalidade técnica (JACKSON FILHO; AMORIM, 2001). Dentro desta perspectiva da racionalidade técnica, os engenheiros aplicam conhecimentos técnicos e científicos para resolver problemas práticos do seu cotidiano (SCHÖN, 1983).

Esses profissionais possuem uma visão externa e objetiva do trabalho, comum também aos administradores. Esta “ideologia científicista” (Lima, 2001) exclui a necessidade de se estabelecer relações com os trabalhadores, tanto na concepção, quanto nas ações que visam a transformar as situações de trabalho (JACKSON FILHO; AMORIM, 2001).

¹⁰ Este artigo tornou obrigatória a existência dos SESMT's nas empresas, sendo regulamentado pela NR-4 que determina: 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.

Como a empresa tem a obrigação legal de garantir condições seguras aos seus empregados, os engenheiros de segurança, ao serem contratados para prevenir os acidentes e as doenças do trabalho, passam a ser seus prepostos no tocante à segurança. O profissional de segurança, tomando como parâmetro o trabalho prescrito, prevê um certo número de situações de risco, cria programas de controle de risco, normas e procedimentos de segurança, analisa as causas de incidentes e acidentes, projeta sistemas de proteção, elabora treinamento para os trabalhadores sobre condutas seguras, etc. Além de, juntamente com os técnicos de segurança, fiscalizar se o prescrito com relação à segurança está sendo cumprido, atuando desta forma como “fiscais da segurança” (JACKSON FILHO; AMORIM, 2001).

Segundo Garrigou et al. (1999, [p.?.]) desta concepção decorre: “[...] a hipótese [...] (de) que a obediência às normas e aos procedimentos é suficiente para serem mantidas as condições de segurança, de confiabilidade e de eficiência produtiva”.

Esta hipótese pressupõe a execução do trabalho prescrito, porém para Daniellou et al. (1989, p.5), ele: “[...] nunca corresponde exatamente ao trabalho real, isto é, o que é executado pelo trabalhador”. Portanto, a tarefa de garantir condições de segurança aos trabalhadores a partir das prescrições do trabalho apresenta múltiplas dificuldades, pois não considera a variabilidade nas empresas (condições e meios de trabalho), a variabilidade dos trabalhadores¹¹, as coordenações necessárias entre as atividades de segurança e as atividades de produção (GARRIGOU et al., 1999).

A ações preventivas, com raras exceções, envolvem os trabalhadores. Seu saber prático é negligenciado, não existindo uma construção social para a busca de soluções de problemas. Os especialistas em SST definem normas que os trabalhadores devem cumprir, sem questioná-las (GARRIGOU et al., 1999).

¹¹ O “trabalhador médio” não existe e sim uma diversidade entre as pessoas (variabilidade dos indivíduos). Acrescentam-se a essas, as variações do estado de cada um (variabilidade intra-individual) efeito dos ritmos biológicos, fadiga, envelhecimento, aprendizagem, etc.) (GUÉRIN et al, 2001).

Conforme o relatado, constata-se que o modelo adotado pelos empregadores brasileiros não leva em conta as diferenças regionais, culturais e sociais, preocupando-se em proteger o trabalhador dos “riscos” existentes no meio-ambiente de trabalho.

2.5.2 A contribuição da Ergonomia da Atividade Profissional para uma nova abordagem de prevenção

O ponto de vista defendido neste estudo é o da corrente da ergonomia¹² de língua francesa, a Ergonomia da Atividade Profissional - EAP, que se situa no campo das ciências humanas e da saúde, apoiando-se na análise da atividade em situações reais de trabalho. Segundo esta corrente é necessário “compreender o trabalho, antes de transformá-lo” (GUÉRIN et al., 2001).

Para Wisner (1987, p. 12) a ergonomia:

[...] é o conjunto de conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para a concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, segurança e eficácia. A prática ergonômica é uma arte (como se diz da arte médica e da arte do engenheiro) que utiliza técnicas e se baseia em conhecimentos científicos. Essa prática é caracterizada por uma metodologia.

Ainda de acordo com Wisner (1994, p. 77), “A ergonomia tem pelo menos duas finalidades: o melhoramento e a conservação da saúde dos trabalhadores, e a concepção e o funcionamento satisfatório do sistema técnico do ponto de vista da produção e da segurança”.

Segundo Assunção e Lima (2003, p. 1784-1785):

A ergonomia, ao fundar a análise da prevenção na compreensão da *atividade*, dispõe de meios mais eficazes para implementar mudanças pertinentes. Para além das questões de ordem econômica, a efetividade das mudanças requer medidas compatíveis com os objetivos e meios usuais para realizar o trabalho.

¹² A Ergonomia possui várias definições, mas a que se popularizou entre os ergonômistas brasileiros é a de Wisner (1987).

Uma abordagem preventiva embasada na ergonomia pressupõe a participação do trabalhador na organização da segurança nas empresas. Essa participação pode ser planejada de várias maneiras, dependendo da legislação nacional. Ela parte da suposição de que o trabalhador tem o direito de participar de decisões que afetam sua vida no trabalho, sua saúde e seu bem-estar (BIAGI, 1998).

O trabalhador pode ser um agente de prevenção, pois na vida cotidiana percebe mais fácil e precocemente as necessidades de melhoria das condições de trabalho; caso ouvido sobre os riscos potenciais e iminentes por ele descobertos, muitos acidentes e doenças poderão ser evitados. A cooperação entre empresas e trabalhadores deve alicerçar-se numa parceria igualitária (BIAGI, 1998).

A abordagem participativa nas relações de trabalho na área de saúde e segurança está alicerçada por vários dispositivos legais da Organização Internacional do Trabalho - OIT e outros organismos internacionais. Em alguns países, os representantes dos trabalhadores para assuntos de segurança dentro das empresas têm seus direitos e deveres regulados por leis ou contratos coletivos ou ainda por convenções coletivas (BIAGI, 1998).

Na França, os comitês para saúde, segurança e condições de trabalho das empresas possuem, como representantes dos sindicatos, “especialistas¹³” que podem propor medidas preventivas que devem ser acatadas pelos empregadores (BIAGI, 1998).

No Brasil, ainda são escassos os estudos do trabalho desenvolvidos com a participação dos trabalhadores. A prevenção quase sempre fica a cargo de “especialistas”, como se o trabalhador não fosse “o especialista” na sua atividade. Essa prática reflete a conduta autoritária e ditatorial da década de setenta, época em que a maioria das condutas que visavam à prevenção foi institucionalizada. Naquele período histórico, o Brasil foi considerado o campeão mundial de acidentes de trabalho. Paulatinamente esta realidade vem

¹³ Médicos do trabalho, engenheiros de segurança, ergonomistas entre outros.

se modificando, mas ainda existe um longo caminho a ser trilhado na busca de melhores condições de trabalho para a população brasileira.

Dentre os estudos desenvolvidos no Brasil e que serviram de subsídios para esta pesquisa, evidencia-se o trabalho realizado por Jackson e colaboradores (2001), que tinha como finalidade entender a relação entre as difíceis condições de trabalho dos servidores dos postos de saúde da rede pública do município de Joinville, o adoecimento e o absenteísmo desses servidores. O objetivo daquela intervenção era fornecer o quadro do estado de saúde dos servidores em relação as suas condições de trabalho para favorecer a adoção de políticas mais efetivas.

A equipe de pesquisadores foi formada por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e da Fundacentro (SC), e sua atividade se constituiu em uma construção social, uma vez que envolveu vários atores sociais. A presença dos técnicos do município permitiu que a pesquisa fosse desenhada levando-se em conta o funcionamento do Sistema de Saúde, suas dificuldades e as preocupações de seus servidores (JACKSON et al., 2001).

A pesquisa foi realizada através de enquete, complementada pela análise coletiva do trabalho através de grupos de expressão, e concluiu que as condições de trabalho existentes podiam estar na origem do adoecimento dos servidores; que a existência de distúrbios de comportamento podia estar associada aos problemas organizacionais relatados pelos servidores; os resultados e análises realizados indicaram a ausência de ações visando à melhoria das condições de trabalho (JACKSON et al., 2001).

Apesar da pesquisa fornecer um excelente diagnóstico, não houve a efetivação de políticas de prevenção, pois ela dependia de decisões tomadas em instâncias hierárquicas superiores à dos participantes da pesquisa. Ocorreu uma construção social, mas não se criou uma política.

3 MÉTODOS DA PESQUISA: os caminhos do estudo

O método, ponte entre a observação da realidade e a teoria científica que explica a realidade, é o conjunto de atividades sistemáticas e racionais que permite alcançar conhecimentos válidos e verdadeiros. O método permite traçar o caminho a ser seguido, detectar erros e auxiliar as decisões dos cientistas. A metodologia, por sua vez, engloba métodos de abordagem, procedimentos e técnicas (LAKATOS; MARCONINI, 1982).

Dentre as opções metodológicas apresentadas na literatura escolheu-se o método de abordagem qualitativa, mais especificamente de estudo de caso. Para a coleta de dados foram utilizadas as técnicas de entrevista não estruturada e análise documental.

3.1 A abordagem qualitativa: o pesquisador como principal instrumento da investigação

Os métodos de abordagem qualitativa possibilitam a leitura do contexto a ser pesquisado, tendo como principal característica o fato de que as pesquisas qualitativas seguem a tradição “compreensiva” ou interpretativa: partem do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores e que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado.

Na compreensão de Alves-Mazzotti e Gewandszajder (1998), os estudos qualitativos revelam-se através de três características essenciais: visão holística (a compreensão do significado de um comportamento ou evento só é possível em função da compreensão das inter-relações que emergem de um dado contexto); abordagem indutiva (aquela em que o pesquisador parte de observações mais livres, deixando que dimensões e categorias de interesse aflorem durante os processos de coleta e análise de dados) e investigação naturalística (aquela em que a investigação do pesquisador no contexto observado é reduzida ao mínimo).

Devido a essas características, o pesquisador é considerado o principal instrumento de investigação e necessita de contato direto (e por vezes prolongado) com o campo, para poder captar os significados dos comportamentos observados. A predominância nos dados qualitativos de descrições detalhadas de situações, eventos, pessoas, interações e comportamentos observados; citações literais do que as pessoas falam sobre suas experiências, atitudes, crenças e pensamentos; trechos ou íntegras de documentos, correspondências ou relatórios de caso, nos dados qualitativos, também decorrem dessas três características (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998).

Poucas são as pesquisas qualitativas que se originam no plano teórico porque se propõem a preencher lacunas no conhecimento. Essas pesquisas são, freqüentemente, definidas como descritivas ou exploratórias, buscando a compreensão de uma realidade específica, cujos significados são vinculados a um dado contexto. Isso não as eximem de contribuir para a produção de conhecimento, sendo essencial que o pesquisador proponha questões significativas e ainda não investigadas sobre o tema pesquisado (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998).

Esta pesquisa, como a maioria das que utilizam referencial qualitativo, originou-se no plano empírico, propondo-se a preencher lacunas no conhecimento relativo à saúde e à

segurança no trabalho. Para fazer isto, buscou a compreensão da realidade através da análise descritiva da experiência desenvolvida nos programas de prevenção da Divisão de Saúde Ocupacional do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.

3.2 O método: o estudo de caso

O estudo de caso é o estudo de um caso, mesmo que seja simples e específico. Ele se destaca por se constituir numa unidade dentro de um sistema mais amplo, devendo ser bem delimitado. A preocupação central, ao se desenvolver um estudo de caso, é a compreensão do fato de que o objeto estudado será tratado como único, fornecendo uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada, mesmo que posteriormente algumas semelhanças com outros casos ou situações sejam evidenciadas (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

O estudo de caso, para ser considerado qualitativo ou “naturalístico”, deve se desenvolver numa situação natural, com riqueza de dados descritivos, com um plano aberto e flexível, que focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada. Tendo como princípios associados:

1. *Os estudos de caso visam à descoberta.*[...] Essa característica se fundamenta no pressuposto de que o conhecimento não é algo acabado, mas que se faz e refaz constantemente.[...]
2. *Os estudos de caso enfatizam a “interpretação em contexto”.* [...] para a apreensão mais completa do objeto, é preciso levar em conta o contexto em que ele se situa. Assim, para compreender melhor um problema a manifestação geral de um problema, as ações, as percepções, os comportamentos e as iterações das pessoas devem ser relacionadas à situação específica onde ocorrem ou a problemática determinada a que estão ligadas. [...]
3. *Os estudos de caso buscam retratar a realidade de forma completa e profunda.* [...] Esse tipo de abordagem enfatiza a complexidade natural das situações, evidenciando a inter-relação dos seus componentes.[...]
4. *Os estudos de caso usam uma variedade de fontes de informação.* [...]
5. *Os estudos de caso revelam experiências vicárias e permitem generalizações naturalísticas.* O pesquisador procura relatar as suas experiências durante o estudo de modo que o leitor ou usuário possa fazer as suas “generalizações naturalísticas”. [...] o leitor vai indagar: o que eu posso (ou não) aplicar deste caso na minha situação? [...]
6. *Estudos de caso procuram representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social.* [...] O pressuposto que fundamenta essa

orientação é o de que a realidade pode ser vista sob diferentes perspectivas, não havendo uma única que seja a mais verdadeira. Assim, são dados vários elementos para que o leitor possa chegar às suas próprias conclusões e decisões, além, evidentemente, das conclusões do próprio investigador.

7. Os relatos do estudo de caso utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível do que outros relatórios de pesquisa. [...] A preocupação aqui é com uma transmissão direta, clara e bem articulada do caso e num estilo que se aproxime da experiência pessoal do leitor. Pode-se dizer que o caso é construído durante o processo de estudo; ele só se materializa enquanto caso no relatório final, onde fica evidente se ele se constitui realmente num estudo de caso (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 18-20).

Nisbet e Watt (1978), citados por Lüdke e André (1986), postulam que o estudo de caso se desenvolve em três fases, sendo uma primeira aberta ou exploratória, a segunda mais sistemática em termos de coleta de dados e a terceira consistindo na análise e interpretação sistemática dos dados e na elaboração do relatório, que se superpõem em diversos momentos da pesquisa, sendo difícil precisar as linhas que as separam. A **fase exploratória** é uma fase onde algumas questões podem surgir, fruto de um contato com a documentação existente, com pessoas ligadas aos fenômenos estudados, de observações, de depoimentos de especialistas sobre o problema ou da própria vivência/experiência pessoal do pesquisador.

Essa visão de abertura para a realidade, tentando captá-la como é realmente, e não como se gostaria que ela fosse, deve perdurar no decorrer de toda a pesquisa, sendo própria do estudo de caso, cuja finalidade é retratar uma unidade em ação. Esta fase se coloca como fundamental para uma definição mais precisa do objeto de estudo. Nela são especificadas as questões ou pontos críticos, e estabelecerem-se os contatos iniciais para **entrada em campo**, a fim de localizar os informantes e as fontes de dados necessárias para o estudo.

Após a identificação dos elementos-chave e dos contornos aproximados do problema, o pesquisador passa para a fase seguinte, a **delimitação do estudo**, na qual faz a escolha do local, dos sujeitos e limita a abrangência da pesquisa.

A terceira fase é a da **coleta, registro e análise dos dados**, assim como da **elaboração do relatório**, na qual os dados (informações), que desde a fase exploratória do

estudo vinham sendo reunidos, analisados e tornados disponíveis, são mais sistemáticos. O processo não é linear, as fases se interpolam em vários momentos, num movimento constante no confronto da teoria com o empirismo.

3.3 Técnicas de coleta de dados

3.3.1 A entrevista

A entrevista possui natureza interativa, na qual em geral, se estabelece uma relação hierárquica entre o pesquisador e o pesquisado, e há uma atmosfera recíproca entre quem pergunta e quem responde (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Geralmente, as entrevistas qualitativas são muito pouco estruturadas, assemelhando-se a uma conversa, principalmente as **entrevistas não estruturadas**. Nessas entrevistas o autor introduz o tema da pesquisa, pedindo que o sujeito fale um pouco sobre ele, só interferindo para introduzir tópicos que favoreçam o fluxo da conversa (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998), propiciando que a experiência seja narrada pelos seus atores sociais.

Para Bruner (1996, p. 119):

O formato narrativo é uma das primeiras e mais naturais formas pela qual organizamos nossa experiência e nosso conhecimento. Uma narrativa envolve uma seqüência de eventos. [...] Uma história, portanto, tem dois lados: uma seqüência de eventos e uma avaliação implícita dos eventos contados. [...] Os eventos ao serem recontados, assumem significados no contexto da história como um todo. Mas a história como um todo é algo que é construído a partir de suas partes. [...] Você não pode explicar uma história; tudo o que você pode fazer é dar a ela várias interpretações.

Desta forma, a narrativa como um modo de pensamento, como uma estrutura para a organização do conhecimento (BRUNER, 1996), permite descrever a realidade que foi construída socialmente (PETER; LUCKMANN, 2003).

A grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos. As duas grandes formas de registros de entrevistas são a gravação direta e as anotações durante a entrevista (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

A gravação tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, imediatamente, deixando o entrevistador livre para prestar toda a sua atenção ao entrevistado. Por outro lado, tem como dificuldade importante a sua transcrição para o papel, que é uma operação trabalhosa, consumindo muitas horas e produzindo um resultado ainda bastante bruto, sendo difícil a distinção das informações menos importantes daquelas realmente centrais.

É muito importante que o entrevistado esteja bem informado sobre os objetivos da entrevista e de que as informações fornecidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa, respeitando-se sempre o sigilo em relação aos informantes.

Para nortear a conduta ética adotada, esta pesquisa fundamentou-se na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que tem força de lei. Em seu Capítulo I (Preâmbulo), esta Resolução esclarece que:

[...] incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quadros referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (2001, p.1).

A pesquisadora apoiou-se também no entendimento de Silva quanto à interpretação da referida Resolução.

[...] a pesquisa deve ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas, prevalecendo nela sempre as probabilidades dos benefícios esperados sobre risco previsíveis: obedecer à metodologia adequada; prever procedimentos que assegurem a confiabilidade e privacidade, proteção da imagem e não-estigmatização; ser desenvolvida em indivíduos com autonomia plena; respeitar sempre valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes; assegurar aos sujeitos os benefícios resultantes do projeto, seja sob a forma de retorno social ou de acesso aos procedimentos, produtos ou agentes; assegurar a inexistência de conflito de interesses entre pesquisador e sujeitos; esclarecer os sujeitos sobre a pesquisa, para que esta se processe em linguagem acessível e que inclua a garantia de

esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia e a liberdade de o sujeito recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase, e a garantia de sigilo que assegure privacidade quanto aos dados confidenciais (SILVA, 2000, p.25).

3.3.2 Análise documental

A análise documental, embora pouco explorada por algumas áreas, pode ser uma técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvendando aspectos novos de um tema ou problema. São considerados documentos quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano (leis e regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, jornais, revistas, discursos etc.). Esta análise busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

3.4 Procedimentos metodológicos: a metodologia na prática

3.4.1 Estudo exploratório

A intenção inicial da pesquisadora enquanto Engenheira de Segurança do Trabalho da Prefeitura Municipal de Joinville e mestranda do curso de Pós-graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina (área de concentração - Ergonomia) era a realização de um estudo que possibilitasse a introdução da ergonomia naquela Prefeitura.

Os primeiros estudos exploratórios demonstraram que somente a introdução da ergonomia, seria insuficiente para atender às demandas existentes, constatadas empiricamente pelo SESMT, do qual a pesquisadora faz parte.

Na busca de conhecimentos teóricos que pudessem embasar uma proposta alternativa às ações de saúde e segurança no trabalho para os servidores municipais, a pesquisadora participou do Congresso da ABERGO 2001, no qual se estabeleceram os primeiros contatos com algumas integrantes da Divisão de Saúde Ocupacional – DISAO, do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, que estavam apresentando naquele congresso, como havia sido criado o Comitê de Ergonomia daquela Instituição pública (RIGAMONTE et al., 2001), e um estudo ergonômico relativo ao trabalho dos oficiais de justiça (ASSUNÇÃO et al., 2001).

A pesquisadora participou, também, do “Seminário LER/DORT, no Serviço Público – Reflexão e Ação” realizado pela Fundacentro – SC, em julho de 2002. Esse seminário foi uma primeira resposta que a Fundacentro pretendia dar a uma grande demanda social¹⁴ que havia recebido para intervir em instituições públicas, em que os casos de LER/DORT passaram a ser preocupantes.

Nesse evento foram apresentados alguns referenciais teóricos e experiências corporativas, no tocante à prevenção do fenômeno LER, tais como as da Comissão de Ergonomia – COERGO, do Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina, voltadas para a questão física, principalmente a troca de mobiliário; e as da Divisão de Saúde Ocupacional – DISAO, desenvolvidas através de seus programas, principalmente as ações desenvolvidas pelo Comitê de Ergonomia, do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.

Comparando-se as experiências apresentadas pelos dois Tribunais de Justiça, conclui-se que o do Estado de Minas Gerais adotou uma abordagem mais humanista para enfrentar os problemas de LER/DORT, ao contrário daquela do TJSC, que foi concebida de forma mais tecnicista. O Comitê de Ergonomia do TJMG está inserido na estrutura da

¹⁴ Somente no primeiro semestre de 2002, a Fundacentro - SC havia sido solicitada por cinco instituições públicas, para fazer estudos relativos ao aparecimento de LER/DORT.

Divisão de Saúde Ocupacional, enquanto o COERGO da TJSC é uma comissão nomeada para este fim.

Ainda nesse seminário, a pesquisadora manteve contatos com as integrantes da DISAO, vislumbrando trocas de experiências futuras. Estas, se concretizaram no mês de agosto de 2002, através de ofício da Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos – DDRH, da Secretaria de Administração e Recursos Humanos da PMJ, na qual a pesquisadora faz parte, solicitando cópia do material apresentado no seminário, o que foi prontamente atendido pela coordenação da DISAO (Anexo 1).

Salienta-se a evidente disponibilidade dessas profissionais em transmitir suas experiências.

A análise do conteúdo dos documentos disponíveis e da transcrição das fitas gravadas no Seminário possibilitou a escolha da abordagem adotada pelos programas de prevenção dos danos à saúde da DISAO, como referência às ações de prevenção que se pretendia desenvolver na Prefeitura Municipal de Joinville - PMJ.

Objetivando-se sistematizar o trabalho a ser implantado, elaborou-se um projeto de pesquisa que tinha como objeto de estudo uma análise comparativa entre as atividades de proteção à saúde e segurança do trabalho do servidor da PMJ, e aquelas desenvolvidas no Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, para ao final sugerir uma nova abordagem à PMJ.

Na fase exploratória propriamente dita, foi realizada a revisão bibliográfica dos artigos publicados pelas integrantes da equipe da Divisão de Saúde Ocupacional - DISAO nos Congressos de Ergonomia da ABERGO 2001 e 2002, além dos demais documentos anteriormente citados.

Ainda na fase exploratória, no mês de janeiro de 2003, com o objetivo de coletar informações sobre a existência ou não de serviços de prevenção à saúde no Setor Público,

foram feitos diversos contatos telefônicos com as Prefeituras de Florianópolis, Criciúma, Chapecó, Jaraguá do Sul, Blumenau, todas do Estado de Santa Catarina e com a Prefeitura de Curitiba no Paraná.

A Prefeitura Municipal de Florianópolis que, em novembro de 2002, contava com 5.330 servidores, desativara seu SESMT há aproximadamente oito anos, firmando convênio com a Gerência de Saúde do Servidor - GESAS¹⁵ para a realização de perícias em casos de acidente de trabalho e para definição de adicionais de insalubridade e periculosidade.

Blumenau, com 5.500 (setembro de 2002) e Joinville, com 6.997 (setembro de 2002) servidores, possuem SESMT estruturado, porém em desacordo com o prescrito na NR-4. As demais prefeituras pesquisadas possuem algumas ações isoladas, principalmente referentes a exames admissionais.

Curitiba, capital do estado do Paraná, quando do contato da pesquisadora, tinha 25.000 servidores estatutários, possuía SESMT, atendimento social e psicológico, tendo instituído Programa de Qualidade de vida no trabalho que incluía ações como combate ao tabagismo, coral do servidor e cesta metropolitana.

Com a finalidade de iniciar a entrada em campo da pesquisadora, foram estabelecidos contatos com a coordenação da DISAO. A oficialização do pedido concretizou-se através de ofício do Secretário de Administração e Recursos da Prefeitura Municipal de Joinville ao Superintendente de Recursos Humanos (2º Vice-Presidente do TJMG), que autorizou a realização da pesquisa (Anexo 2).

O período definido para a realização da pesquisa foi de 7 a 11 de abril de 2003, implicando na permanência da pesquisadora na cidade de Belo Horizonte no referido período.

A princípio, os atores sociais e as agendas foram definidos pela própria instituição, no decorrer da pesquisa, porém, outros atores foram incorporados ao estudo em

¹⁵ Órgão do Estado de Santa Catarina.

decorrência de haverem sido citados nas entrevistas iniciais como participantes do processo pesquisado.

Os primeiros contatos no campo apontaram para a inviabilidade da realização de um estudo de análise comparativa em função da singularidade e da relevância do objeto a ser estudado. Isto fez com que a pesquisadora percebesse a necessidade de aprofundar o seu conhecimento sobre o paradigma com o qual se deparou. A proposta da pesquisa foi redefinida, transformando-se em um estudo de caso, optando-se por uma análise descritiva da realidade pesquisada.

3.4.2 Delimitação do estudo

Esta fase do processo de estudo representa os diferentes momentos de interação: nela realizou-se o levantamento, a análise e a interpretação inicial dos dados. Como já indicado, adotou-se, nessa fase, como instrumentos para a coleta dos dados, a entrevista não estruturada e a análise documental.

As entrevistas foram realizadas de duas formas – individuais e em grupos, sendo que sete delas foram individuais e uma em grupo (quatro participantes). Todas foram precedidas por esclarecimentos quanto ao seu objetivo e, conforme os princípios éticos que regem este estudo, foi garantido o anonimato dos entrevistados.

Foram entrevistados, individualmente, o chefe do Departamento de Saúde Ocupacional e Perícias - DESAP, a coordenadora da Divisão de Saúde Ocupacional - DISAO, a coordenadora do Comitê de Ergonomia, os coordenadores dos Programas de Readaptação e Reinserção Profissional - PRRP, de Prevenção e Atendimento ao Estresse, de Reeducação Alimentar, de Terapias Complementares – PROTEC e, em grupo, quatro integrantes do Programa de Manutenção da Saúde Corporal – PROMASC.

As entrevistas realizadas com as coordenadoras da DISAO, do Comitê de Ergonomia e com o coordenador do Programa de Reabilitação Profissional tiveram como fio condutor os slides apresentados pelo DESAP no Seminário de Saúde Ocupacional TJMG – TJSC, realizado pelo Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina- TJSC, em Florianópolis (SC), em novembro de 2002.

Todas as entrevistas ocorreram num clima de cooperação, havendo por parte dos entrevistados a preocupação de fornecer todas as informações sobre suas atividades profissionais. Ressalta-se o entusiasmo e o profissionalismo que todos os entrevistados revelaram durante os contatos mantidos. É necessário citar a consideração expressa por todos os entrevistados em relação à importância do papel desempenhado pela coordenadora da DISAO e pelo chefe do DESAP no desenvolvimento e efetivação do modelo descrito neste estudo.

Todas as entrevistas ocorreram num clima de cordialidade, havendo por parte dos entrevistados a preocupação de fornecer todas as informações sobre suas atividades profissionais. Ressalta-se o entusiasmo e o profissionalismo que todos os entrevistados revelaram durante os contatos mantidos. É necessário citar a consideração expressa por todos os entrevistados em relação à importância do papel desempenhado pela coordenadora da DISAO e pelo chefe do DESAP no desenvolvimento e efetivação da abordagem descrita neste estudo.

As entrevistas foram registradas em um gravador portátil, gerando aproximadamente 20 horas de gravação que, posteriormente foram transcritas e ocuparam, aproximadamente, 200 páginas. O processo de análise e síntese dos relatos foi desenvolvido visando a atender aos **objetivos específicos** deste estudo.

Os dados da análise documental foram coletados a partir dos seguintes documentos: Relatório do Iº Seminário de Reestruturação da Divisão de Assistência –

DIRAS, slides (cópias digitais) do Seminário de Saúde Ocupacional TJMG – TJSC, Relatório Final da Avaliação das Condições Ergonômicas e Psicossociais de Trabalho no Tribunal de Justiça - MG (ASSUNÇÃO et al., 1998), Dissertação: O Funcionário Público do Poder Judiciário (RIGAMONTE, 1998), Manuais de Procedimentos da DISAO, Projeto do Programa de Terapias Complementares - PROTEC e artigos publicados pelos integrantes da DISAO nos Anais dos Congressos da ABERGO 2001 e 2002 (ver referências bibliográficas) e Seminário LER/DORT no Serviço Público – Reflexão e Ação (2002).

3.4.3 Análise descritiva sistemática

Procurou-se analisar e interpretar os dados desde o estudo exploratório a fim de identificar necessidades de mudança nos instrumentos e na forma de abordagem aos atores sociais, para reflexão e busca de dados complementares.

Após o registro dos dados, os mesmos foram agrupados cronologicamente, a partir da narrativa dos atores sociais envolvidos no processo de construção da abordagem, foco deste estudo, para posterior análise descritiva.

O olhar investigativo da pesquisadora neste estudo procurou **compreender a construção da abordagem adotada no Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais para a prevenção da saúde de seus servidores.**

A forma como os dados foram separados por critérios utilizados, na análise descritiva, revela a lente com a qual a pesquisadora foi a campo. A pesquisadora buscou incluir todos os dados coletados, utilizando-se, para tal, categorias por ela eleitas, tais como: referencial teórico, constituição da equipe, organização do trabalho, métodos e instrumentos utilizados, e por fim, controle e implementação do modelo.

Esta categorização possibilitou abranger os principais fundamentos da abordagem que se pretendia conhecer.

Os resultados desse estudo estão apresentados no corpo desta Dissertação de Mestrado, retratando o processo, enquanto caminho percorrido, e o produto, enquanto conhecimento gerado.

4 UMA ABORDAGEM SINGULAR DE PREVENÇÃO: o caso do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Dados oficiais de 1988, produzidos pela Fundação IBGE, indicam que apenas 30% dos indivíduos envolvidos em disputas procuram a Justiça estatal. Esta baixa procura justificasse por inúmeras razões, que vão desde a descrença na lei e nas instituições judiciais até a banalização da violência. Contudo, embora seja baixa a proporção de pessoas que buscam o Judiciário para solução de seus conflitos, dados indicam que existem extraordinários índices de demanda nesta instituição (SADECK et al., 2001). Objetivando-se oferecer um panorama dessa demanda e o conseqüente aumento de trabalho dos servidores deste Poder, apresenta-se a seguir alguns dados que justificam essa afirmação.

No período de 1990 a 1998 (Fonte: IBGE, Banco Nacional de Dados do Poder Judiciário), entraram, em média 4.985.664 processos por ano. Em 1990, chegaram ao Judiciário 3.617.064 processos; em 1998, esse número mais do que dobrou, atingindo 7.467.189, um crescimento de 106% (SADECK et al., 2001).

O Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais recebeu 14.035,1 processos, em média, e julgou, em média, 13.069,1 processos. No período, o crescimento no volume de processos entrados foi de 230% e no de julgados de 199%. Comparando-se a proporção da população do estado com a do país e a proporção de processos de cada tribunal com o total de processos da Justiça de segunda instância, Minas Gerais participou com 11% do total da

população brasileira e 6% do número de processos entrados, ocupando o quarto lugar neste ranking (SADECK et al., 2001).

4.1 O contexto onde a abordagem foi desenvolvida

O Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais possui estrutura similar a dos demais estados que integram o poder Judiciário do País. Desde a promulgação da Constituição Federal, em 1988, é constituído pelas primeira e segunda instância.

Em Minas Gerais, a primeira instância do Judiciário do Estado foi dividida em regiões, denominadas Comarcas¹⁶, compostas por um ou mais municípios, das quais fazem parte os Fóruns e os Juizados Especiais.

Os Juizados Especiais e os Fóruns são órgãos, através dos quais o cidadão tem acesso à Justiça, com a intermediação de um advogado. Neles tramitam os desacordos com o objetivo de obter-se uma solução imparcial e justa para todas as partes envolvidas no processo.

Para efeitos deste estudo, o Fórum Lafayette é citado, pois é sede da Comarca de Belo Horizonte, sendo o maior do Estado. Compõe sua estrutura a Corregedoria de Justiça, a Diretoria de Administração e as Secretarias sendo elas: varas Cíveis, Criminais, da Família, Secretarias de Fazenda Estaduais e Municipais, de Falências e Concordatas, de Sucessões e Ausências, Precatória Cível e Precatória Criminal e dois Tribunais do Júri. No topo da pirâmide hierárquica do fórum encontram-se os juizes, logo após o escrivão e, na base, os escreventes.

Nos fóruns, o trabalho nas audiências é considerado “pesado” pelos escreventes, devido ao ritmo imposto e ao conteúdo efetivo da tarefa (registro de conflitos entre as partes,

¹⁶ Em 1999 existiam trezentas Comarcas.

entre juiz, entre advogados), assim como o atendimento ao balcão, local onde as partes e advogados procuram informações sobre o andamento dos processos, fazem reclamações, inclusive as referentes à morosidade, ao excesso de burocracia, etc, do Judiciário.

Hierarquicamente superior aos fóruns situa-se o Tribunal de Justiça¹⁷ (segunda instância) do Poder Judiciário Mineiro, que tem sede na capital, Belo Horizonte e jurisdição em todo o território do Estado. Sua função básica é receber e dar andamento nos processos contra pessoas físicas, jurídicas e Estado. Os crimes militares e eleitorais têm seus próprios tribunais.

Os processos chegam ao Tribunal de Justiça propriamente dito após serem julgados na primeira instância pelos juizes de Direito das Comarcas, quando uma ou as duas partes não concordarem com a decisão do juiz e recorrerem da sentença.

O Tribunal de Justiça é formado pelas câmaras, onde são julgados os recursos em segunda instância e processos especiais (como os movidos “contra” os prefeitos).

Sua estrutura é semelhante à do Fórum (primeira instância), constituindo-se em um núcleo administrativo, a Secretaria Judiciária - SEJUD, ao qual estão ligadas as secretarias e câmaras.

A hierarquia superior do Tribunal é constituída pelo Presidente, 1º Vice-presidente, responsável pela parte processual e o 2º Vice-Presidente, responsável pela Superintendência de Recursos Humanos. Este último reporta-se diretamente ao Presidente. Esta hierarquia superior é composta por desembargadores, que, após cumprirem os pré-requisitos estabelecidos em lei, são eleitos para um mandato de dois anos, sem possibilidade de reeleição.

Dentro desse contexto, foi produzida a abordagem de prevenção dos danos à saúde, objeto deste estudo.

¹⁷ Fonte: Avaliação das Condições Ergonômicas e Psicossociais de Trabalho no Tribunal de Justiça – MG (ASSUNÇÃO et al, 1998).

4.2 A história contada por seus atores

O serviço médico do TJMG foi criado em 1967, constituído por dois médicos e apoio administrativo, para atender uma população não superior a trezentas pessoas (segunda instância). O serviço tinha como atividade principal a medicina assistencial, a concessão de licenças para tratamento de saúde e a concessão de aposentadorias por invalidez dos servidores públicos do Judiciário Mineiro.

Em 1975, uma das servidoras do TJMG formou-se em enfermagem, passando a integrar o grupo de técnicos. Nesta época, a equipe já pensava em trabalhar com ações preventivas e apresentou um projeto que visava à modificação do foco do serviço para a prevenção. Como resultado, foram introduzidos alguns instrumentos de controle da saúde dos funcionários, tais como fichas médicas (prontuários) e passaram a realizar estatísticas.

Essas alterações não satisfizeram as expectativas de alguns profissionais da equipe, que continuavam insatisfeitos com os serviços prestados. Isso foi verbalizado no depoimento de uma profissional que ainda trabalha na área: “Eu, como enfermeira, tinha muito pouca coisa para fazer. Muito frustrante. Olhar pressão, fazer curativo, fazer o quê? E eu na verdade me propunha a fazer mais coisas aqui dentro. Então, foi essa busca que começou” (ENFERMEIRA A, 2003).

Essa enfermeira especializou-se em enfermagem do trabalho, assim como uma médica clínica que também pertencia à equipe, em medicina do trabalho, na busca de ferramentas que possibilitassem a implementação de ações preventivas.

A partir de 1978, os exames admissionais, que já eram realizados, passaram a ser mais sistemáticos e os exames periódicos começaram a ser introduzidos. Foram feitas

algumas intervenções como no “Setor de Datilografia”, onde foram inseridas pausas de 10 minutos a cada 60 minutos de trabalho¹⁸, estendida também ao “Setor de Taquigrafia”.

Para subsidiar suas ações, a equipe, que já contava com profissionais da área médica e de enfermagem, visitou empresas consideradas referência no Estado em termos de saúde e segurança no trabalho (Petrobras e Souza Cruz).

A Petrobras possuía uma equipe de profissionais de alto nível técnico. A Souza Cruz, dentre as políticas visando ao bem-estar dos trabalhadores, incluía a existência de uma creche para os filhos de seus empregados. O grupo de técnicos apreciou a idéia da creche e, juntamente com o Sindicato da categoria, pleitearam a instalação de uma creche no prédio do Tribunal. Houve um longo período de negociação que teve como resultado a concessão do benefício “vale creche” para as mães servidoras, ainda em vigor atualmente.

Na época, década de 80, os serviços odontológico, médico e de enfermagem não faziam parte do organograma da instituição, estando os servidores diretamente subordinados ao Diretor Geral do Tribunal¹⁹, ao qual tinham que prestar contas de todos os seus atos, inclusive do comparecimento diário ao trabalho. Esses servidores, para tornar mais ágeis suas ações e diminuir a burocracia, elegeram alguns representantes e, **voluntariamente**, iniciaram a estruturação do serviço.

Este grupo apresentou à instituição uma proposta de reestruturação com **mudança de foco do serviço**, de **assistencial** para **preventivo** e sua transformação em uma secretaria, a qual a área de recursos humanos estaria subordinada, que teria no seu quadro de pessoal uma

¹⁸ O Decreto n.º 24.634/1934, que regulou a duração da jornada de trabalho dos **operadores de telegrafia** tanto no processo de transmissão como no de recepção, por estarem sujeitos a considerável esforço mental e necessitarem aptidões especiais, instituiu a pausa quando a velocidade da atividade fosse superior a vinte e cinco palavras por minuto, isto para carga horária de 6 horas diárias ou 30 semanais e para os empregados sujeitos a horários variáveis a jornada máxima era de sete horas de trabalho para dezessete horas de folga e se verificado esforço contínuo durante mais de três horas, o operador teria direito a uma pausa de vinte minutos. Essas pausas só foram institucionalizadas para outras profissões em 1990, com o advento da NR-17.

¹⁹ A Diretoria Geral era uma assessoria administrativa da Presidência do Tribunal de Justiça.

equipe multidisciplinar constituída por profissionais da área de psicologia, serviço social e engenharia.

Na verdade nós apresentamos um projeto para isso aqui ser uma secretaria. Onde teria Recursos Humanos trabalhando conosco, aí nós teríamos psicologia, serviço social, engenheiro, teríamos todas essas outras pessoas que nós não tínhamos. Saiu sim um estudo que foi aprovado, só que desmembrou. Dentro do Tribunal né! Nem sempre é o que a gente sugere, é o que administração acha que é mais conveniente (ENFERMEIRA A, 2003).

4.2.1 A criação da DIRAS

Em 1990, foi criada a Diretoria de Assistência - DIRAS, formada pelos Departamentos de Odontologia - DEODON, de Enfermagem - DIENF e Médico - DEMED, subordinada ao Departamento de Pessoal. Isto inviabilizou a contratação da equipe multidisciplinar, pelo fato de os profissionais que deveriam integrá-la, não constarem no quadro de cargos da Diretoria de Assistência. Naquele ano, foi criado também o Departamento de Recursos Humanos.

Embora a aprovação da proposta tenha sido parcial, houve um ganho para o serviço de saúde, pois passou a existir na estrutura da instituição. Em contrapartida, sua oficialização como Diretoria de Assistência absorveu toda a demanda por atendimento médico da primeira instância, que havia sido incorporada ao Tribunal de Justiça em 1989, por conta das mudanças ocorridas no Judiciário devido à promulgação da Constituição Federal de 1988.

Com esta fusão, o Tribunal de Justiça passou a ter sob sua responsabilidade todos os fóruns, que até então pertenciam ao Executivo e às Secretarias do Interior.

4.2.2 Uma visão ampla de promoção à saúde

Para viabilizar o atendimento médico e de enfermagem para os servidores do Fórum Lafayette foi implantado, ainda em 1990, um serviço nos moldes do existente na

segunda instância, sem que, em contrapartida, houvesse um aumento proporcional no seu quadro de pessoal.

Com o aumento no volume de trabalho o serviço voltou a ser assistencial, tendo como atividade principal os atendimentos médicos e de enfermagem, a concessão de licenças, as aposentadorias por invalidez e os exames admissionais. Os exames periódicos deixaram de ser realizados, pois não havia mais espaço para a prevenção.

O médico ex-diretor da DIRAS explica:

Quando saiu uma equipe de médicos e enfermeiros aqui do Tribunal e foi para o Fórum de BH, nós nos assustamos muito, porque a capacidade de adoecer e a incidência de doenças no Fórum era muito maior do que no Tribunal. Especialmente para mim que já estava acostumado com a clientela do Tribunal. As pessoas novas que entraram lá não conheciam a realidade anterior. Mas eu fiquei assustadíssimo, eram casos de que a pessoa adoecia, diagnosticava e tentava viabilizar algum tipo de abordagem de assistência, mas nós não tínhamos estrutura para fazer isso e a pessoa circulava, vinha adoecia [...]. Era um círculo vicioso, as pessoas adoeciam, era feito o diagnóstico, o departamento médico tentava viabilizar algum tipo de abordagem de assistência, mas não tinha estrutura para fazer frente à demanda. Era um número substancial de servidores com diagnóstico de tendinite, doenças de membros superiores, musculoesquelética, que passaram a procurar o DEMED para solicitar concessão de licença para tratamento de saúde (MÉDICO A, 2003).

Ele²⁰ relatou o problema relacionado à grande incidência de servidores com diagnósticos prováveis de Lesões por Esforços Repetitivos - LER ao Diretor Geral, e este por sua vez, ao Presidente do Tribunal, que também ficou impressionado com a situação, dando abertura para possíveis soluções. Conforme pode ser visto no depoimento a seguir:

Então, o desembargador me perguntou que tipo de solução que eu daria para o problema? Eu disse que para isso tem que fazer um trabalho coletivo, isso é uma ação de saúde que tem que ser multidisciplinar, bem concatenada e bem integrada [...] disse que talvez fosse o caso de treinar algum técnico em algum serviço que tivesse algum tipo de capacidade mais diferenciada para isso. E ele me perguntou se eu queria ir para a Europa ou para os Estados Unidos para aprender isso. E eu pedi para ir para o meio do caminho, que era para Havana (MÉDICO A, 2003).

²⁰ Esse médico trabalhava no Tribunal desde 1975 como taquígrafo e, quando se formou em medicina, licenciou-se de suas atividades e foi trabalhar na Secretaria de Saúde do Estado, assessorando no PSF - Programa de Saúde da Família (nesta época fez estudos em Cuba). Em 1990, retornou ao TJMG já no cargo de médico.

O Presidente do Tribunal, no final do ano de 1994, autorizou a ida deste médico a Cuba²¹, a fim de trazer subsídios para trabalhar a prevenção dos problemas de saúde que estavam acometendo os servidores do Judiciário Mineiro. Ele foi para Havana, em fevereiro de 1995, onde fez estudos de atenção à saúde coletiva, à saúde da família e de neurofisiologia do estresse no trabalho.

Este médico relatou que a equipe da “Clínica do Estresse”, onde ele estudou, era multidisciplinar, constituída por dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, assistente social e que todos conheciam o caso dos pacientes com detalhes, assim como tinham acesso ao seu prontuário e discutiam diariamente os casos.

Quando retornou de Cuba com idéias inovadoras para os padrões brasileiros, aliou-se aos demais profissionais da DIRAS (médicos e enfermeiros) e optaram pela criação de um Grupo de Trabalho para fazer frente às LER/DORT.

Este grupo foi designado pela Diretoria Geral da Secretaria do Tribunal de Justiça em setembro de 1995, sendo composto por uma enfermeira, um médico e uma pedagoga da instituição, e por uma profissional da área de fisioterapia²², contratada especialmente para integrar o grupo.

Esse grupo, buscando referencial para guiar suas ações futuras, fez contatos e visitas a diversas empresas:

E com isso a gente estudou empresas privadas, o que estava acontecendo em empresas privadas que a gente poderia trazer para o Tribunal de Justiça e aí nós pensamos na Ginástica Laboral e foi um dos enfoques. [...] junto com a Ginástica Laboral a gente pensou em fazer uma cartilha de posturas no trabalho que seria uma introdução a ergonomia (FISIOTERAPEUTA A, 2003).

No período de 1996 a 1998, o grupo visitou aproximadamente trinta Comarcas do interior próximas à capital, realizando palestras com informações sobre LER/DORT, com

²¹ Nesta época ocorreu outra alteração no organograma do TJMG e o Departamento de Pessoal deu lugar à Secretaria de Recursos Humanos, à qual a DIRAS continuou subordinada.

²² Esta fisioterapeuta foi contratada pela Assessoria de Recursos Humanos, pois não existia esse cargo no quadro de lotação da DIRAS.

ênfoque na questão postural, mobiliário e ginástica laboral e levantamento das necessidades de equipamentos e mobiliários “ergonômicos”.

O grupo realizou uma pesquisa²³, através de questionários de levantamento de sintomas de LER/DORT, visando a diagnosticar precocemente os casos dentro do Tribunal (1ª e 2ª instâncias), sendo publicado em abril de 1996 o “**Relatório do Grupo de Trabalho sobre Lesões por Esforços Repetitivos**”, com um diagnóstico e sugestões da adoção de medidas consideradas preventivas, entre as quais a auto consulta ao SISCOM²⁴, o estabelecimento de pausas revitalizadoras durante o expediente e a prática diária de exercícios e relaxamento, a Ginástica Laboral - GL. Foram publicadas, também, várias matérias no informativo do TJMG que registravam as atividades deste Grupo visando à prevenção das LER (ASSUNÇÃO et al., 1998).

Os próprios técnicos do grupo, contudo, estavam conscientes que de essa abordagem não seria suficiente para resolver um fenômeno tão complexo quanto as LER. Conforme depoimento de uma das integrantes do grupo: “Inicialmente ficou muito na questão postural, questão física mesmo e a gente sabia que não era só isso e como abordar essas outras questões a gente não tinha as ferramentas [...]” (FISIOTERAPEUTA A, 2003).

Em maio de 1997, foi confeccionada uma cartilha²⁵ intitulada “**Exercícios de Prevenção Contra as Lesões por Esforços Repetitivos**” e distribuída nos locais de trabalho no momento da divulgação/implantação da GL.

No ano seguinte, foi editada outra cartilha, intitulada “**Posturas Atividade Física no Trabalho**”, que além da GL, tinha como objetivo introduzir posturas corretas ideais para

²³ Na ocasião da realização dessa pesquisa, foram convidada para integrar o grupo, de forma voluntária, uma terapeuta ocupacional que trabalhava na 2ª instância e uma profissional de educação física, funcionária da 1ª instância.

²⁴ O SISCOM é um balcão de informações por computador (auto-atendimento). O advogado de uma das partes, ao chegar no fórum dirige-se primeiramente ao SISCOM, onde busca o *informador* para saber a movimentação do processo (onde ele está, se está disponível para vistas, etc.).

²⁵ Essa cartilha foi editada pela Assessoria de Recursos Humanos da Secretaria de Recursos Humanos e elaborada pelo médico chefe da DIRAS e pela fisioterapeuta com a participação da Assessoria de Comunicação – ASCOM.

trabalho sentado, andar, subir escadas, fazendo menção a Norma Regulamentadora 17 - NR-17, a “Norma da Ergonomia”.

O Grupo, após anos de trabalho, elaborou a demanda por um estudo, com o objetivo de realizar um diagnóstico das condições de trabalho que poderiam causar as Lesões Por Esforços Repetitivos - LER:

Na realidade, nós tivemos muitos erros, mas tivemos muitos acertos também. Mas foram muitas as tentativas até a gente conseguir chegar mais ou menos dentro da elaboração do que se queria, da demanda, do que a Instituição precisava. Isso que foi realmente mais complicado (FISIOTERAPEUTA A, 2003).

4.2.3 Cooperação externa: a formação do grupo para pesquisa

Em meados de 1997, a Secretaria de Recursos Humanos e a Diretoria de Assistência associaram-se para realizar um estudo com o objetivo de diagnosticar as condições de trabalho que poderiam causar as Lesões Por Esforços Repetitivos – LER. Para tanto foi firmado um convênio com a Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Esta universidade disponibilizou especialistas vinculados ao Núcleo de Estudos sobre o Trabalho Humano - NESTH e ao Laboratório de Ergonomia. O grupo de técnicos da UFMG e do TJMG optou por fazer uma intervenção centrada na capacitação de um Grupo de Trabalho constituído por servidores da própria instituição (ASSUNÇÃO et al., 1998).

Além da demanda inicial: diagnosticar as condições de trabalho que poderiam causar as Lesões Por Esforços Repetitivos - LER, surgiu, simultaneamente, a demanda por um levantamento preliminar de outros problemas de saúde que, eventualmente, estivessem atingindo os funcionários do Judiciário Mineiro.

Para integrar este Grupo de Trabalho, o coordenador do Grupo de Trabalho sobre LER (médico diretor da DIRAS) convidou profissionais do Fórum Lafayette e da segunda

instância para integrar a equipe, além de uma servidora da primeira instância²⁶, indicada por uma das pesquisadoras da UFMG.

A formação superior (psicologia, terapia ocupacional e educação física) foi um dos pré-requisitos para integrar o Grupo, mas a condição essencial era ter vivência no trabalho fim do Judiciário, como demonstram os depoimentos de servidoras:

Eles queriam um pessoal que tivesse uma vivência na 2ª instância e a gente que tivesse uma vivência lá no fórum e ele (coordenador Grupo de Trabalho sobre LER) estava fazendo palestras nas secretarias. E no fazer estas palestras estava selecionando currículos de quem estivesse fazendo metodologia científica para estar fazendo o trabalho com a Federal e eu estava fazendo naquela época pós-graduação em treinamento na PUC e ele falou “manda o seu currículo que eu estou querendo desenvolver um trabalho” aí ele explicou e eu me interessei. Aí ele selecionou quatro pessoas lá para estar desenvolvendo (PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2003).

Uma proposta interessante, inovadora e caiu como um reconhecimento do trabalho, que na verdade não era a habilidade que estava sendo considerada, mas a experiência de trabalho, ou seja, eu havia trabalhado um tempo diretamente com a atividade fim do Judiciário. Então, pressupunha-se que eu tinha conhecimento para estar fundamentando esse trabalho e associado a isso a minha formação na área de saúde, que é a psicologia. Essa possibilidade de estar passando este olhar interno da instituição e do reflexo das questões jurídicas nas famílias, ligados aos conflitos na área familiar.[...] Então a questão da equipe não era só a pessoa ter esse conhecimento técnico, essa formação técnica, mas que pudesse realmente estar interessada e com vontade de passar (PSICÓLOGA A, 2003).

Eu trabalhava especificamente na parte de inventário. A minha atividade lá na secretaria era atendimento de balcão [...] é uma das atividades mais detestadas dentro de uma secretaria. Ou você ama ou você odeia. Eu era uma daquelas que amava (PSICÓLOGA B, 2003).

A equipe de especialistas da UFMG reuniu-se sistematicamente com o Grupo de Trabalho do TJMG. As falas²⁷ dos integrantes do Grupo de Trabalho sobre as tarefas habituais no Fórum e no Tribunal de Justiça forneceram “pistas” aos pesquisadores da universidade

²⁶ Na época, esta servidora estava estudando a relação saúde-trabalho do servidor do Fórum Lafayette. Dissertação de mestrado intitulada: O Funcionário Público do Poder Judiciário. (RIGAMONTE, 1998)

²⁷ As falas das servidoras explicando o que faziam remetem à Análise Coletiva do Trabalho (FERREIRA et al., 1998) “... formação na experiência de trabalho dos próprios participantes, adotando uma versão modificada do método da análise coletiva do Trabalho (ACT). A Análise Coletiva do Trabalho (ACT) é um método de análise do trabalho no qual os próprios trabalhadores, em grupos, descrevem e **analisam o seu trabalho**. Sua pergunta condutora é “o que você faz no seu trabalho?” e ela vai sendo respondida a partir de diálogos que se estabelecem entre os participantes do grupo, todos eles imbuídos da vontade de compreender o trabalho descrito. As reuniões acontecem fora do local de trabalho, e os participantes são voluntários. – Foi usada só a parte de descrever o trabalho em grupo.

para a elaboração das orientações para a prática das observações de campo, complementadas pelo estudo reflexivo do referencial teórico (ASSUNÇÃO et al., 1998).

A formação foi orientada essencialmente para a prática da análise ergonômica e psicossocial do trabalho, com o objetivo de capacitar esse grupo de servidoras do Tribunal de Justiça para que, a partir desta primeira experiência, pudessem reproduzir o mesmo estudo em outros setores e abordar outros problemas (ASSUNÇÃO et al., 1998).

Foram avaliados quatro setores, que são representativos da instituição: Divisão de Datilografia, Secretaria da 2ª Câmara Criminal, Central de Distribuição e Secretaria da 3ª Vara da Família. O Relatório Final, intitulado “**Avaliação das Condições Ergonômicas e Psicossociais de Trabalho no Tribunal de Justiça -MG**”, foi preparado pelos consultores da UFMG a partir de documentos e textos produzidos pelo Grupo de Trabalho do Tribunal de Justiça. Durante este levantamento inicial, essas servidoras cumpriam a jornada normal nos seus locais de trabalho e participavam da pesquisa como trabalho voluntário²⁸ (ASSUNÇÃO et al., 1998).

Em junho de 1998, após cerca de um ano de atividade, foi realizado um seminário com presença obrigatória²⁹ de todos os servidores do Fórum Lafayette e do Tribunal para apresentação dos diagnósticos constantes no relatório com o objetivo de validação dos resultados³⁰. Os servidores ratificaram o diagnóstico apresentado, mas aproveitaram o espaço de discussão para fazer críticas à Instituição, principalmente ao Serviço Médico, no tocante à insuficiência de atendimento e à ausência de medidas preventivas (RIGAMONTE et al., 2001).

Como comprovam os depoimentos de alguns integrantes do Grupo de Trabalho:

²⁸ Foi viabilizada administrativamente a redução da jornada de trabalho das integrantes do Grupo de Trabalho para elas se dedicarem à pesquisa, mas na prática se tornou inviável para a maioria das servidoras devido à carência de pessoal para substituí-las.

²⁹ Para garantir o comparecimento maciço dos servidores nesse seminário, foi negociado junto à Instituição que a participação contasse pontos para promoção na carreira. Foram oferecidos horários diferentes tanto no Tribunal quanto no Fórum, totalizando seis apresentações do relatório.

³⁰ Para Wisner (1987, p.118): “[...] é indispensável validar o trabalho de pesquisa através da discussão com os operadores e chefias”.

E foi massacrante para a gente e mais ainda para o pessoal que já era da DIRAS, porque a gente foi apresentar um trabalho que era a compreensão do que era o trabalho, era um trabalho ergonômico. E aí eles falavam assim: Mas e daí? O que vocês fazem com isso? Então em todas as apresentações... depois, o tempo que a gente tinha para discussão, ninguém discutia o trabalho que a gente tinha apresentado. A discussão era toda em cima do que o Tribunal através do departamento médico fazia, já que eles tinham conhecimento disso? Então foi uma chuva de críticas, foi um massacre mesmo (PSICÓLOGA B, 2003).

[...] aproveitaram a oportunidade para criticar maciçamente o serviço médico, questionando o atendimento, a maneira como eram acolhidos, que não tinham retorno de suas demandas e que se julgavam maltratados quando solicitavam licenças. Enfim, questionavam a missão do serviço. Foi tão agravante, até choro. Foi terrível para nós. Mas de repente é hora de parar e mudar todas as diretrizes, partindo da base mesmo. Daí a dificuldade maior foi essa (ENFERMEIRA A, 2003).

4.2.4 A Reestruturação da DIRAS: a transição para a nova abordagem

A partir das discussões e conclusões dos seminários, os técnicos da DIRAS estabeleceram um processo de avaliação interna para refletir sobre o papel que a Diretoria representava nos problemas levantados, suas reais capacidades no desenvolvimento de seus trabalhos e quais ações poderiam ser implementadas. Levando-se em conta que a equipe era formada por aproximadamente vinte profissionais para atender uma população de mais de 11.000 funcionários (entre funcionários do Tribunal e empresas terceirizadas), foi consenso do grupo que, além do aspecto curativo, urgia trabalhar com a prevenção.

O diretor da DIRAS solicitou a realização de um seminário interno, no qual os técnicos deveriam apresentar suas propostas para mudança do foco das ações do serviço, de **assistencial** para **preventivo**. Nesta época, foram contratados, através de concurso público, dois médicos do trabalho recém-formados, familiarizados com as tendências da saúde ocupacional na iniciativa privada, principalmente a da implantação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO. Esses profissionais participaram da elaboração de uma proposta que foi apresentada no “1º Seminário de Reestruturação da DIRAS”.

Este seminário aconteceu em meados de agosto de 1998, num sábado, nos períodos matutino e vespertino para possibilitar que todos participassem, devido à agenda

assoberbada dos profissionais médicos e das enfermeiras da DIRAS. A abertura do seminário foi feita pelo Diretor Geral e pela Secretária de Recursos Humanos do Tribunal.

Embora os técnicos da DIRAS tenham se mobilizado para esse seminário, apenas uma proposta³¹ concreta foi apresentada por uma enfermeira e uma médica do trabalho, para a qual contribuíram profissionais da psicologia³² que haviam sido admitidos para trabalhar em Recursos Humanos e, ainda, em caráter voluntário, as servidoras que participaram da pesquisa ergonômica e psicossocial com a UFMG.

A legislação existente (CLT e as Normas Regulamentadoras) foi estudada visando sua adaptação à realidade do Tribunal de Justiça. Cada categoria profissional estudou qual seria o seu papel dentro de um programa de prevenção. Foram feitas várias visitas a empresas como a Telemig (companhia telefônica), a Petrobras, a Copasa (companhia de águas), a Prefeitura de Belo Horizonte e outras, que tinham SESMT's estruturados e programas de prevenção implantados.

Na apresentação do resultado do estudo, tornou-se visível à equipe sua atuação na Instituição, que foi comparada com os modelos de atuação de outras equipes das empresas por eles visitadas, dessa comparação emergindo uma nova proposta de atuação - **uma nova abordagem**, agora com foco na **prevenção**, que, após exaustiva discussão, foi aprovada por unanimidade.

A nova abordagem tinha por finalidade prevenir e atuar de forma eficaz e eficiente sobre os agravos à saúde relacionados ao trabalho, evitando doenças previsíveis. O desejo da equipe era o de implementar ações que visassem à qualidade de vida dos magistrados e servidores no seu mais amplo sentido.

³¹ Faziam parte dessa proposta as sugestões feitas no Relatório Final apresentado pela UFMG/Grupo de trabalho do TJMG.

³² Uma das psicólogas que participou da pesquisa conjunta com a UFMG foi a primeira a ingressar na equipe da DIRAS, iniciando a abordagem psicológica de casos.

Após este primeiro seminário, foi redigido um plano de ação, responsável pela implementação das medidas sugeridas, que incluía a criação de grupos de trabalho para a elaboração de projetos detalhados sobre os temas abordados no seminário (perícia médica, assistência médica³³, serviço de saúde ocupacional, readaptação e reabilitação, gerenciamento do banco de dados do sistema de saúde do Tribunal de Justiça, regionalização e atendimento nas comarcas do interior e prevenção).

Os grupos de trabalho apresentaram seus temas no “2º Seminário de Reestruturação da DIRAS”, em outubro de 1998, cujos resultados foram discutidos com a Secretaria de Recursos Humanos, com a Diretoria Geral, 2º Vice-Presidente e, por fim, com o Presidente do Tribunal de Justiça, que apoiou as propostas apresentadas. Enfim, foi mobilizada toda a administração superior em torno desse desejo de mudança, conforme ressalta o depoimento de uma servidora da DIRAS: “A gerência queria mudanças. Houve a cobrança no seminário, mas houve também uma abertura para a aprovação das propostas. Tudo era propício” (ENFERMEIRA A, 2003).

A reestruturação foi aprovada, ainda em 1998, por uma Resolução emitida pelo Presidente do Tribunal, criando o Departamento de Saúde Ocupacional e Perícias - DESAP, composto pela Divisão de Saúde Ocupacional - DISAO e pela Divisão de Perícias Médicas - DIPEM.

Democraticamente, a Diretoria de Assistência deu lugar ao Departamento de Saúde Ocupacional e Perícias, o Departamento Médico à Divisão de Saúde Ocupacional, o Departamento de Enfermagem à Divisão de Perícias Médicas e a odontologia continuou a denominar-se Departamento de Odontologia - DEODOM, permanecendo com seu caráter assistencialista.

³³ Com relação à assistência médica, foi sugerida a contratação de um plano de saúde com custos compartilhados entre os servidores e o TJMG, porém isto não ocorreu.

O Departamento de Saúde Ocupacional e Perícias, na estrutura do Tribunal, ficou diretamente subordinado à Secretaria de Administração de Pessoal, que por sua vez é subordinada a Superintendência de Recursos Humanos (2ª Vice-Presidência).

Como o Estado Minas Gerais possui grande extensão territorial, foi apresentada pelos técnicos do DESAP uma proposta de regionalização dos serviços, aprovada pela direção do Tribunal e implementada pela Secretaria de Planejamento, que dividiu o Estado em quatorze Pólos Regionais de Atendimento Médico, dos quais fazem parte um número variável de Comarcas.

O primeiro pólo instalado foi o de Poços de Caldas, a partir da manifestação do desejo de um dos médicos do DESAP de transferir-se para o interior. Além deste, foram implantados os pólos de Belo Horizonte, Juiz de Fora, Montes Claros, Governador Valadares, Uberlândia e Barbacena.

Cada regional possui médico e apoio administrativo, tendo como atividade principal os exames periódicos e admissionais, assim como a concessão de licença médica. Nas Comarcas onde não existe regional instalada é o Juiz Diretor do Foro que tem competência de decidir sobre pedidos de licença médica de até 60 dias.

4.3 A nova e atual abordagem

O objetivo do Departamento de Saúde Ocupacional e Perícias é promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida dos magistrados e servidores da segunda e primeira instâncias, sendo suas atividades desenvolvidas através da Divisão de Saúde Ocupacional, Divisão de Perícias Médicas e dos Pólos Regionais de Atendimento Médico.

O DESAP realiza anualmente, no mínimo, dois **seminários internos**, que contam com a presença maciça de seus integrantes, inclusive os dos pólos regionais. De julho de

1998, quando ocorreu o “1º Seminário Interno da DIRAS”, até novembro de 2002, foram realizados oito seminários.

Esses seminários têm como objetivo a capacitação dos técnicos de forma participativa através de debates envolvendo temas específicos tais como uniformização de procedimentos do DESAP, questões de conduta da DIPEM, da DISAO, são debatidos seus pontos fracos e fortes (aparam arestas), entre outros assuntos, de acordo com pauta previamente estabelecida.

No mês de abril de 2003, foi realizado um seminário com o objetivo de unificar os procedimentos relativos aos exames admissionais, para fazer frente à admissão de aproximadamente 1.300 servidores concursados. Para tanto, será elaborado um manual sucinto para subsidiar todos os médicos no sentido da adoção de uma conduta padronizada.

Neste seminário, foi discutido, também, o que é necessário ser observado pelo Comitê de Ergonomia para subsidiar o perito com relação aonexo causal; dificuldades entre os médicos, os peritos e a consultora; o conflito gerado pela visão da saúde ocupacional com relação à avaliação do médico centrada na questão física e biológica. Outro tema do seminário foi o nexocausal no DESAP, doenças psicossomáticas e psiquiátricas específicas para os médicos da Saúde Ocupacional.

Visando a facilitar o estabelecimento de nexocausal, os médicos já receberam, anteriormente, treinamento sobre membros superiores e outros relativos ao adoecimento no Judiciário Mineiro.

A consultora que ministrou o treinamento sobre nexocausal continua promovendo reuniões para que o Comitê de Ergonomia e os peritos cheguem a um consenso do que é necessário ser analisado no trabalho do servidor para que seja caracterizado o nexou não, se o adoecimento foi em consequência (ou não) da maneira como o trabalho era (ou é) realizado.

4.3.1 Divisão de Perícias Médicas

A Divisão de Perícias Médicas - DIPEM é formada por médicos e pessoal de apoio administrativo, atendendo todos os servidores e magistrados do Judiciário Mineiro.

Quando da sua criação, estava localizada no prédio do Tribunal, junto à DISAO, mas atualmente situa-se num imóvel locado para esse fim. Essa separação física foi positiva sob o ponto de vista da autonomia dos médicos peritos, mas dificultou a discussão de casos com os médicos da DISAO.

Para normatizar suas ações, os médicos da DIPEM elaboraram o “Manual de Procedimentos da Perícia Médica”, adaptando à realidade do Tribunal de Justiça os parâmetros para concessão de licenças de outras instituições públicas e do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS.

Na DIPEM, são realizados os exames clínicos periciais, emitidos laudos para concessão de licença, aposentadoria por invalidez e isenção de imposto de renda. Quando o servidor ou magistrado não tem condições de comparecer à sede da DIPEM, os médicos fazem a avaliação em hospitais ou domicílios. Como as maiores demandas por perícias são de casos psicológicos, psiquiátricos e doenças do aparelho músculo-esquelético, o Tribunal tem convênio com dois psiquiatras, um fisiatra e contrato com um psicólogo (externo). Quando o perito julga necessária a avaliação dentro de uma dessas especialidades, encaminha o periciado para emissão de laudo que irá embasar a perícia.

Nos casos de concessão de aposentadoria, uma avaliação é feita por uma junta médica de pelo menos dois profissionais.

Quando o afastamento for superior a 60 dias, o caso é encaminhado a DISAO para acompanhamento, exceto no caso de procedimentos cirúrgicos ou outros, quando o servidor (ou magistrado) estiver apto a retornar ao trabalho sem restrições, após a licença, cabendo ao

perito a liberação para o trabalho. Os casos psiquiátricos e de doenças do aparelho músculo-esquelético são encaminhados para a DISAO para acompanhamento o mais precocemente possível (mesmo antes dos 60 dias) para que o servidor não perca o vínculo com o trabalho (com a Instituição), facilitando o seu retorno ao trabalho após seu restabelecimento.

O controle do absenteísmo também é responsabilidade da DIPEM. Atualmente, alguns dados referentes aos afastamentos estão disponíveis no sistema informatizado vinculado aos Recursos Humanos, mas ainda não é possível se ter um controle do tipo epidemiológico.

Para realizar estas atividades, a DIPEM conta com um médico coordenador da área, quatro médicos peritos e cinco funcionários para apoio administrativo.

4.3.2 Divisão de Saúde Ocupacional

A Divisão de Saúde Ocupacional tem como objetivo a promoção de ações de saúde voltadas ao diagnóstico, rastreamento e prevenção de fatores nocivos ao bem estar dos magistrados e servidores. Tem como atribuições: coordenar e implantar os programas desenvolvidos na área de Saúde Ocupacional e Qualidade de vida; elaborar e implementar atividades, normas e rotinas administrativas; buscar condições para a capacitação dos profissionais ligados aos programas desenvolvidos; promover ações de sensibilização, divulgação e comunicação interna das atividades por ela desenvolvidas³⁴.

A mudança da **missão** do serviço médico foi uma grande conquista, mas para implementar as ações era necessária a constituição de uma equipe multidisciplinar, então o passo seguinte foi iniciar negociações junto à gerência do Tribunal para viabilizar a equipe.

³⁴ A DISAO, com o assessoramento da Fundação João Pinheiro, está propondo uma mudança no sentido de colocar nas atribuições a “**segurança**”, pois entendem que em “Saúde Ocupacional” está também a segurança, mas para reforçar esta questão pretendem que a divisão seja denominada: “Saúde ocupacional, segurança e qualidade de vida no trabalho”. Embora considerem a maioria dos riscos dos trabalhos do Tribunal como ergonômicos, consideram importante reforçar a questão da segurança.

Essa reivindicação também recebeu o apoio do Diretor Geral, que viabilizou a vinda das servidoras que haviam participado do estudo ergonômico e psicossocial, através da Portaria que criou o Comitê de Ergonomia em setembro de 1999 além dessas servidoras, foram contratadas uma assistente social e uma psicóloga, constituindo-se a equipe multidisciplinar almejada há anos pelo serviço médico.

Foi, então, elaborado o “Manual de Procedimentos da DISAO”³⁵, que descrevia o conjunto de iniciativas referentes a uma abordagem ampla da saúde através de ações preventivas.

Nem todas as ações constantes no manual puderam ser implementadas, outras sofreram adaptações e, atualmente, estão sendo desenvolvidas através dos seguintes programas: Programa de Educação para a Saúde - PES, Programa Controle e Saúde Ocupacional - PCSO, Programa de Prevenção e Atendimento ao Estresse, Programa de Prevenção ao Tabagismo, Comitê de Ergonomia, Programa de Atendimento em Terapias Complementares - PROTEC, Programa Reeducação Alimentar, Programa de Manutenção da Saúde Corporal – PROMASC e Programa de Readaptação e Reinserção Profissional – PRRP.

É norma da instituição que todas ações de saúde sejam oferecidas simultaneamente no Tribunal e no Fórum.

A DISAO é responsável pelo acompanhamento de todas as atividades do Pólo da Capital (Belo Horizonte), que é a maior das regionais, com quarenta e duas cidades.

Algumas das dificuldades enfrentadas para a implementação dos programas são a distância entre as Comarcas, os poucos recursos financeiros disponíveis e o número insuficiente de técnicos para desenvolver as atividades.

³⁵ A atividade de elaboração do manual foi realizada em caráter voluntário, geralmente fora da jornada de trabalho, devido à grande demanda por serviço. O manual foi oficializado através de uma portaria do Tribunal de Justiça em 1999.

Os programas são divulgados através dos recursos de comunicação existentes na Instituição, como o sistema interno de som, murais, intranet, dentro dos próprios programas, além do trabalho dito “formiguinha” (individualmente).

Todos os programas são oferecidos para toda a hierarquia da Instituição, com adesão voluntária e abordagem coletiva através da formação de grupos, precedida de entrevista individual.

O quadro de pessoal existente para viabilizar as ações é composto de uma enfermeira, coordenadora da área, seis médicos e dois enfermeiros no Tribunal, cinco médicos e dois enfermeiros no Fórum Lafayette, uma nutricionista, oito psicólogas, quatro assistentes sociais, três massoterapeutas, uma terapeuta ocupacional, quatro fisioterapeutas (das quais uma é estagiária), dois profissionais de educação física, seis funcionários no apoio administrativo no Tribunal e quatro no Fórum Lafayette.

Esses profissionais atuavam simultaneamente em vários programas, mas, recentemente, a coordenação da DISAO, com a anuência das psicólogas, decidiu que elas participariam somente de dois programas devido à sobrecarga de trabalho.

Para facilitar o gerenciamento, a coordenadora da DISAO delegou a um representante de cada programa a coordenação do seu grupo³⁶, reunindo-se semanalmente com os representantes com objetivo de orientar, repassar informações gerais sobre a Instituição e propiciar a troca de experiências entre os programas. Estas representantes também utilizam esse mecanismo para repassar as informações/orientações recebidas e ouvir do grupo como estão se desenvolvendo as ações do programa, deliberando democraticamente sobre ações futuras.

³⁶ Essa coordenação tem caráter voluntário, não recebendo remuneração adicional. As reuniões entre coordenações e chefia da divisão ocorrem no horário das 12 às 14 horas, no início da jornada de trabalho de alguns profissionais e final da de outros (jornada de trabalho de 6 horas). Essas reuniões ocorrem tanto no Fórum quanto Tribunal, a fim de propiciar a participação de todas as coordenações.

A DISAO, para otimizar seus serviços, tem a preocupação de não “medicalizar” questões administrativas: segundo a coordenadora, procuram se “desencarregar” daquilo que não lhes compete. A licença maternidade que está prevista em lei é requerida diretamente no serviço de pessoal, sem a anuência do serviço médico, por exemplo. A concessão de licença remunerada para o servidor acompanhar pessoa de sua família, com problemas de saúde, é outro exemplo, pois o servidor buscava junto ao Serviço Médico uma licença médica para abonar suas faltas, devido a problemas de saúde ocorridos com pessoa de sua família. Esta licença foi uma conquista do Serviço Médico, anterior a DIRAS, sendo atualmente requerida diretamente no Serviço de Pessoal.

Como mencionado anteriormente, a DISAO instituiu programas para operacionalizar suas ações, descritos a seguir.

4.3.2.1 Programas preventivos da DISAO

4.3.2.1.1 Programa de Educação Para a Saúde

O Programa de Educação Para a Saúde – PES tem como objetivo promover a conscientização de magistrados e servidores no que se refere à necessidade de prevenção de doenças, assim como a atualização e aperfeiçoamento técnico dos profissionais do DESAP.

Para a participação dos técnicos em eventos externos, primeiramente é feita uma avaliação pela coordenação da DISAO que leva em conta se será apresentado algum trabalho, se o seminário (ou congresso) trará alguma contribuição importante para o grupo. Segundo a

coordenação da divisão, estes critérios são utilizados para estimular os técnicos a produzirem trabalhos científicos³⁷.

São liberados no máximo três eventos por ano com abono de ponto, então os técnicos entram em consenso para que todos possam participar alternadamente. Quando as despesas são custeadas pelo Tribunal, ocorre alternância anual entre os participantes.

Após a aprovação da DISAO, o pedido é encaminhado para deferimento da Escola Judicial - EJEF³⁸, que é responsável por todo treinamento no Tribunal. Ao retornarem, os técnicos têm que apresentar relatório para EJEF e repassar o conteúdo para os demais técnicos do seu programa.

O PES assessora a DISAO como um todo, dando suporte aos demais programas, preparando materiais, possibilitando a confecção de cartilhas e cartazes e administrando o treinamento dos técnicos da divisão. Tem também como função viabilizar todos os eventos que visam à educação para a saúde desenvolvidos pelos outros programas, tais como palestras, cursos, campanhas de vacinação, de diabetes, entre outras.

Anualmente, é realizada a Semana da Saúde em parceria com a Escola Judicial durante a Semana do Servidor, sempre na semana do dia do servidor público, 28 de outubro, sendo a participação nas palestras voluntária e previamente agendadas. As duas “semanas” são realizadas concomitantemente devido às dificuldades de se retirar o servidor do seu local de trabalho para participação nestes eventos.

A equipe da DISAO considera os resultados alcançados pelo PES significativos, pois foram realizados cursos e treinamentos, campanhas de prevenção³⁹ e controle da hipertensão com atendimento de 279 servidores; campanhas de vacinação num total de 6.497

³⁷ Os profissionais da DISAO já publicaram artigos na ABERGO 2001, 2002 e outros trabalhos citados na referência bibliográfica. O Grupo de Controle do Tabagismo apresentou artigo num congresso em Brasília em 2001.

³⁸ A Escola Judicial Edésio Fernandes - EJEF foi criada a partir de uma reestruturação organizacional do Tribunal (fusão do Centro de Educação Continuada - CEC e a Escola Judicial Edésio Fernandes - EJEF), estando diretamente subordinada à Superintendência de Recursos Humanos.

³⁹ Os números obtidos nessas campanhas são importantes, pois as vacinas possuem custos para os usuários, exceto as de gripe fornecidas pelo SUS para pessoas com mais de 60 anos.

(até novembro de 2002); campanha de prevenção de diabetes (realizados 1687 exames). Foram promovidas três semanas de Saúde, num total de 2.980 participações, com os seguintes temas: prevenção do câncer, dependência química e programas da DISAO.

Este programa é responsável também pela organização dos **Seminários Internos do DESAP**, inclusive viabilizando recursos financeiros para possibilitar a participação dos profissionais dos pólos regionais.

4.3.2.1.2 Programa de Controle e Saúde Ocupacional

A implantação do Programa de Controle e Saúde Ocupacional - PCSO foi proposto no “1º Seminário de Reestruturação da DIRAS” em agosto de 1998 e instituído em 1999 pela Portaria que aprovou o “Manual de Procedimentos da DISAO”.

Este programa foi concebido tomando-se como parâmetro o PCMSO – Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (empregados vinculados ao regime CLT) instituído pela Norma Regulamentadora 7 – NR-7 da Portaria 3.214/1978 do Ministério do Trabalho, de acordo com as recomendações constantes no **Relatório Final** da pesquisa ergonômica e psicossocial (ASSUNÇÃO et al., 1998).

Inicialmente, o programa foi implementado na DISAO do Fórum e do Tribunal como um projeto piloto, mas com a regionalização, os exames admissionais e periódicos passaram a ser realizados também nas Comarcas do interior.

O programa tem como finalidade a elaboração de um plano de acompanhamento dos efeitos do trabalho sobre a saúde dos magistrados e servidores, criando condições de rastreamento, diagnóstico precoce e ações preventivas, bem como atuar na melhoria da saúde do magistrado e servidor.

Segundo a coordenadora da DISAO, esse programa é o “carro chefe” da Divisão, pois, a partir dele, emergem as demandas por ações preventivas.

Dentro do PCSO, os servidores são avaliados por ocasião da realização do exame admissional, do exame periódico, do exame de retorno ao trabalho, do exame para remanejamento do setor e do exame demissional⁴⁰, dependendo de sua situação funcional.

Devido às dificuldades de informatização, a DISAO não tem um levantamento epidemiológico relativo ao adoecimento no Tribunal, mas a equipe multidisciplinar pode ter referências através dos exames periódicos e das licenças para tratamento de saúde concedidas na sua maioria, devido às doenças músculo-esqueléticas e psiquiátricas. Para poder diagnosticar precocemente estes problemas, os médicos fizeram um curso sobre avaliação de membro superior e questão mental, com abordagem dentro da medicina psicossomática.

Dentro do PCSO, antes do médico fazer os exames, é realizada a avaliação dos riscos ambientais que corresponde ao PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais instituído pela NR-9 (riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e mecânicos).

Muitos setores já haviam sido avaliados durante o estudo ergonômico e psicossocial (Assunção et al, 1998), já mencionado, outros por uma equipe formada por médico, enfermeira e engenheiro de segurança⁴¹ e, após, em conjunto com o Comitê de Ergonomia. Atualmente, a avaliação dos setores é realizada somente pelo Comitê de Ergonomia.

Embora os estudos indiquem que a maioria dos riscos dos trabalhos do Tribunal é ergonômica, a equipe considera importante enfatizar a questão da segurança.

⁴⁰ O exame demissional ainda não está sendo realizado devido ao não encaminhamento dos demitidos para avaliação.

⁴¹ Segundo a coordenadora da DISAO, este engenheiro não conseguiu lidar com o sofrimento que emerge, mesmo numa divisão cujo foco é a prevenção, solicitando retorno para o seu setor de origem.

Os exames admissionais são realizados para candidatos a vagas nos quadros do Tribunal da primeira e segunda instância aprovados em concurso público, para contratados a título precário, para aprovados em concurso para juizes e para estagiários.

O candidato recebe a relação dos exames laboratoriais e complementares que necessita realizar e, com os resultados, realiza o exame admissional propriamente dito. Neste exame, ele é avaliado do ponto de vista clínico, onde é verificada sua capacidade física com ênfase em membros superiores, e questão mental, considerando-se os fatores de risco inerentes à função e ao setor no qual irá trabalhar.

Os exames periódicos avaliam o servidor do ponto de vista clínico, verificando sua capacidade funcional para o cargo que exerce, diagnosticando precocemente os portadores de doença ocupacional ou não; afastando do trabalho aqueles servidores considerados incapazes para a função que exercem e/ou propondo o seu remanejamento de função; realizando o controle dos servidores expostos a riscos no ambiente de trabalho, bem como acompanhando os resultados das mudanças no ambiente de trabalho que contribuam para o bem estar do servidor.

Esses exames são agendados por setor com a periodicidade de dois anos⁴², havendo atenção específica para as queixas relacionadas ao aparelho músculo-esquelético. Quando essas queixas são detectadas, o servidor é encaminhado para o Comitê de Ergonomia, que avalia sua situação de trabalho e/ou para os outros programas de acordo com o caso.

Os exames de retorno ao trabalho avaliam o servidor do ponto de vista clínico, verificando sua capacidade laboral após afastamento por doenças⁴³, assim como permitem manter afastado o servidor ainda incapaz para a função. Esses exames são agendados a partir de encaminhamentos pela perícia médica, mas problemas de comunicação entre as duas divisões dificultam a sua realização.

⁴² Anteriormente eram agendados pela idade do servidor.

⁴³ Já mencionado no tópico referente à perícia médica.

Os exames para remanejamento do setor são realizados em parceria com o Departamento de Recursos Humanos, quando o servidor manifesta interesse em mudar de setor. É feita uma avaliação do ponto de vista clínico e multidisciplinar, verificando sua capacidade funcional e os riscos inerentes das atividades que pretende exercer, também a partir da avaliação do setor de trabalho ou posto de trabalho.

As principais dificuldades encontradas para a realização do PCSO são: a falta de um programa de informática para a análise dos dados gerados, a não uniformização dos procedimentos e falta de padronização das fichas de avaliação, poucas regionais implantadas, as distâncias entre as comarcas, a disponibilidade dos médicos para realizar os exames nas comarcas satélites, recursos financeiros para os deslocamentos e os exames complementares não serem custeados pelo Tribunal.

4.3.2.1.3 Comitê de Ergonomia

Dentre as recomendações feitas pelos pesquisadores da UFMG no **Relatório Final** da pesquisa ergonômica e psicossocial (ASSUNÇÃO et al., 1998), estava a organização de um espaço adequado para a realização dos trabalhos e a dedicação em tempo integral das integrantes do grupo formado durante a realização da pesquisa, para que elas pudessem dar seqüência às análises já iniciadas. Este relatório ressaltava que seria mais vantajoso para a instituição investir nesses profissionais, que já haviam sido capacitados, do que na contratação de consultorias externas que, depois de terminadas as análises não teriam mais vínculos com a instituição, não dando continuidade ao processo.

A partir dessas recomendações, as profissionais continuaram a reunir-se, realizando algumas análises, mas como suas ações não estavam legalmente instituídas, não tinham resolutividade: "A gente se encontrava esporadicamente para resolver alguma coisa de

ergonomia, mas a gente achou que a coisa ia acabar. Francamente a gente tinha essa expectativa.”

Enquanto isso, a saúde ocupacional estruturava-se dentro da Instituição, mas, somente no final do mês de agosto de 1999, a coordenadora da DISAO informou-as de que seria publicada uma Portaria, oficializando o Comitê de Ergonomia a partir do 1º de setembro. Perguntou, então, se elas tinham interesse em participar do grupo. Isso implicaria na transferência das servidoras de uma área operacional e/ou administrativa para uma área técnica (saúde ocupacional). Das oito profissionais que participaram da pesquisa, cinco concordaram de imediato, uma na negociação com o setor não foi possível, outra não teve interesse e, ainda, houve uma que vacilou em dar a resposta positiva, mas foi convencida pelas demais. Ainda no mês de setembro, passaram a integrar a equipe uma psicóloga e uma assistente social, recém contratadas pela segunda instância.

O comitê iniciou suas atividades com quinze integrantes cuja formação reunia: psicologia, enfermagem, educação física, fisioterapia, terapia ocupacional e assistente social e com a consultoria de uma ergonomista externa. Isso propiciou que as profissionais, que não haviam passado pela formação inicial em ergonomia pudessem, através da prática, com o apoio de estudos de literatura especializada, realizar os trabalhos. Mas, mesmo tendo participado da pesquisa inicial⁴⁴, uma delas desistiu após o primeiro contato com o trabalho real de uma comarca do interior:

[...] estudou tudo era a que mais redigia os documentos, ajudava nas propostas e tal. [...] na primeira viagem ela viu que só gostava da parte teórica. Ela viu que a prática da ergonomia de escutar aquele monte de problemas e sem saber o que fazer. Ela falou que não dava conta daquilo. Aí ela saiu mesmo (PSICÓLOGA B, 2003).

Atualmente, as profissionais da área de psicologia que participavam de outros programas da DISAO, por orientação da coordenação, estão deixando o comitê para dedicarem-se a somente dois programas, mas a composição em termos de formação continua

⁴⁴ Estudo Ergonômico e Psicossocial. (ASSUNÇÃO et al., 1998)

a mesma: psicologia, enfermagem, educação física, fisioterapia, terapia ocupacional, assistente social, num total de nove profissionais.

Para essas psicólogas, haver participado dos estudos ergonômicos realizados foi de fundamental importância na elaboração dos programas da DISAO, pois todos estes passam pela compreensão do trabalho das pessoas para o qual eles estão sendo concebidos.

a) Atividades desenvolvidas

a.1) Análise Ergonômica do Trabalho – AET

A equipe realizou poucas **análises ergonômicas** porque, atualmente, já tem um bom conhecimento do trabalho no Tribunal. Faz análise ergonômica somente de setores onde não tem pleno conhecimento da situação de trabalho:

Numa secretaria hoje não valeria mais a pena estar realizando uma AET porque a gente já tem muito conhecimento do que é o trabalho numa secretaria. Então, teoricamente, para todo mundo, já está feita a análise ergonômica. Então a gente já aborda de uma maneira mais objetiva. (PSICÓLOGA B, 2003).

Uma das análises realizadas em 2001 foi “**Condições do exercício profissional dos Oficiais de Justiça**”, atividade que envolve mais de duzentas e sessentas pessoas. Essa pesquisa contou com a assessoria de uma ergonomista externa.

Essa análise resultou em mudanças importantes no contexto de trabalho dos oficiais de justiça. Na época, eles faziam **plantão** na sala de audiências, considerado desnecessário, estressante e que ocupava parte considerável da jornada de trabalho. Atualmente, este plantão não faz mais parte das atividades de trabalho dos oficiais. Além disso, eles passaram a receber treinamento de acordo com as necessidades reais do seu trabalho. Estas foram algumas de uma série de ações desencadeadas. A partir de então, esses servidores se sentiram integrados à Instituição, que era uma de suas maiores queixas.

Outra análise que está em andamento (abril de 2003) é a dos **comissários de menor**, que são servidores que trabalham no Comissariado da Infância e da Juventude, cujo foco é a abordagem de meninos de rua:

Lá tem uma cela [...] é um trabalho bem angustiante mesmo. Então é perigoso o trabalho deles. Eles estão passando por uma campanha de vacinas específicas pelo contato. [...] eles estão chegando a uma conclusão de certa forma contraditória: o Estado tem que segurar, de certa forma disciplinar e ao mesmo tempo proteger o menor infrator. Muito complicado a situação deles. E eles estão exatamente nessa berlinda (PSICÓLOGA B, 2003).

a.2) Avaliações de postos de trabalho

Nos exames periódicos, há atenção específica para as queixas relacionadas ao aparelho músculo-esquelético; quando detectadas o servidor é encaminhado para o Comitê de Ergonomia para que o posto de trabalho seja avaliado.

A equipe procura intervir no conteúdo e no contexto do trabalho para promover ações mais adequadas à situação de saúde do servidor. Ajusta o posto ao servidor e fornece as orientações, buscando sempre alternativas de modificações possíveis no mobiliário e na execução das tarefas. Dialoga com a chefia e faz encaminhamentos, inclusive para outros programas da DISAO.

Com relação aos ajustes nos postos de trabalho, pode-se citar como exemplos: as cadeiras fixas foram substituídas por cadeiras com regulagem, e os catálogos telefônicos ou livros antigos de carga⁴⁵ foram colocados embaixo dos monitores, para elevar o campo de visão. Outro exemplo: foi colocado um tablado numa área de atendimento do Fórum para que o pessoal interno pudesse ficar sentado e, ainda assim, estar num nível mais alto do que o pessoal externo (em pé) que é atendido no balcão. Esta medida de correção foi motivada pelo adoecimento de uma servidora, que apresentava problema no ombro devido à elevação do balcão. O comitê orienta, também, com relação ao uso de carimbos, sugerindo a sua

⁴⁵ Livros onde eram registrados os deslocamentos dos processos. Por exemplo: carga ao advogado.

substituição por etiquetas ou folhas impressas quando possível, pois a atividade de carimbar é repetitiva, sendo um dos fatores de risco para o aparecimento das LER.

Este trabalho pontual é questionado dentro do próprio comitê, pois alguns membros consideram que ele deveria ser substituído pela Análise Ergonômica do Trabalho - AET propriamente dita. No entanto, a coordenadora do comitê é favorável a tal estratégia:

A pretensão de fazer um setor, de certo modo você chega num monte de impasse que não é da alçada, você não consegue resolver, numa avaliação de um posto de trabalho como é bem individual e focada muitas vezes você consegue resolver. [...] mas na verdade avaliação de posto de trabalho é que abriu a perspectiva para todas as outras atividades. [...] Então a nossa credibilidade perante o pessoal foi estabelecida em cima da avaliação de posto de trabalho. [...] De posto a posto é que a gente foi abrindo espaço e se divulgou. De uma certa forma por isso, o pessoal tem acesso à gente principalmente por causa disso (PSICÓLOGA B, 2003).

A coordenação considera que o convite para o comitê participar da comissão do mobiliário é reflexo das solicitações de mobiliário ao setor de suprimentos, motivadas pelas demandas resultantes das análises dos postos de trabalho.

a.3) Viagens de orientações ergonômicas

As demandas para essas **viagens de orientações ergonômicas** normalmente vêm dos juizes, a partir de queixas e adoecimento de servidores.

As viagens são previamente agendadas pelo comitê, com as atividades distribuídas ao longo de três dias. Quando a equipe chega à comarca, conversa com o juiz e explicita melhor a demanda, visita o Fórum, toma contato com o trabalho (atividades desenvolvidas), faz avaliações dos riscos e visibiliza os problemas mais gritantes.

No dia seguinte, na parte da manhã (fora do horário de trabalho), faz uma palestra de orientações ergonômicas⁴⁶ com foco na atividade real de trabalho. Sugere alterações sutis com a utilização dos recursos disponíveis.

⁴⁶ Para estas palestras a equipe utiliza retroprojektor e transparências que traz da DISAO.

Essa palestra faz a pessoa refletir sobre o que ela pode fazer para manter a saúde no exercício de sua atividade profissional, conhecendo o seu corpo e o que lhe faz mal, assim como o que ela pode estar fazendo no seu posto de trabalho para minimizar os seus problemas, provocando, também, uma autoconscientização do corpo.

Após a palestra, a equipe do comitê abre um espaço para a escuta de problemas, com o objetivo de identificar os que dizem respeito à organização e ao ambiente de trabalho. Neste momento, emergem problemas de toda ordem, então o comitê assume seu papel de mediador, como já mencionado. O objetivo não é levantar demandas e sim provocar a iniciativa de resolutividade dos problemas. Quando necessário (e possível), são feitos encaminhamentos para os outros programas da Divisão.

Nas primeiras visitas feitas pelo comitê de ergonomia às comarcas, o pessoal do interior, por considerar que ele representava a instituição da capital, apresentava inúmeros problemas e reclamações:

Então na verdade era todo mundo reclamando e levantavam um monte de demanda, que a gente não tinha o menor poder de ação. Então na verdade a gente aprendeu a ir numa comarca e não trazer nenhuma demanda. Então a gente ouve, mas não traz. Hoje a gente ouve e fala a quem que eles tem que recorrer para buscar solução daquilo. Então a gente não traz nada.[...] Você vai oferece, orienta e volta sem nada. Isso foi um dos negócios mais difíceis (PICÓLOGA B, 2003).

a.4) Análise de riscos

Outra atividade desenvolvida pelo comitê é a **análise de riscos**. Esta é realizada nas comarcas da região metropolitana de Belo Horizonte (pólo da capital) para identificação dos riscos, preliminarmente ao exame periódico, as viagens de orientações ergonômicas e nos setores que possuem demandas relativas ao ambiente físico (levantamento de riscos nos Juizado Cível e Juizado das Relações de Consumo). É uma visão macro das condições de trabalho. Dela podem resultar alguns encaminhamentos ou um aprofundamento da análise da situação de trabalho.

Quando o fim da análise é o exame periódico, os dados coletados passam a integrar um relatório entregue à equipe que irá realizar o exame, para que, a partir do conhecimento dos riscos aos quais os servidores estão expostos, o médico possa aprofundar a sua investigação e análise. Este fluxo encontra-se prejudicado devido às dificuldades que a equipe do comitê de ergonomia vem encontrando para viajar, por causa da contenção de despesas. Pode-se dizer que a análise de riscos é o PPRA⁴⁷ do Tribunal de Justiça.

Para desenvolver essas atividades, a equipe possui aparelhagem⁴⁸ para quantificar os agentes, porém não são utilizados os parâmetros da NR's⁴⁹ e sim os da ergonomia, em que as leituras são pontuais. Essas medições têm como objetivo respaldar os relatórios da ergonomia, mas quando é necessário uma avaliação mais específica é solicitada a Fundacentro⁵⁰, que é uma parceira da DISAO.

Outro recurso muito utilizado pela equipe é fazer registros fotográficos (câmera digital), utilizados para evidenciar os problemas encontrados na confecção de relatórios.

a.5) Análise do trabalho para embasamento de nexo causal

A questão do **nexo causal** é um tema que está em pauta dentro de Departamento de Saúde Ocupacional e Perícias. Legalmente, quem pode estabelecer o nexo causal é o médico perito.

Os médicos têm qualificação que lhes permite diagnosticar o adoecimento, mas a ergonomia possui as ferramentas para compreender o trabalho. Partindo desta premissa, a Divisão de Saúde Ocupacional, através do comitê de ergonomia, está tentando fazer um trabalho conjunto com os médicos da Divisão de Perícias Médicas, porém as duas divisões

⁴⁷ Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais da CLT (NR-9).

⁴⁸ Decibelímetro, luxímetro e termômetro de globo.

⁴⁹ Normas Regulamentadoras (Portaria 3.214/1978).

⁵⁰ Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Centro Estadual de Minas Gerais).

possuem pontos de vista distintos. Para mediar este trabalho, foi contratada uma consultoria⁵¹ que está se reunindo com os médicos peritos e os profissionais do comitê de ergonomia para, em conjunto, definirem qual é o papel de cada um dos envolvidos no estabelecimento do nexo causal.

Para o comitê de ergonomia, seu papel é levar ao conhecimento dos médicos a exigência física no trabalho, a frequência de repetição dos movimentos, as exigências determinadas pela organização do trabalho, o ambiente físico, as pressões temporais e outras presentes na situação de trabalho. Nesta busca de instrumentalizar os médicos com relatórios, para que eles possam definir o nexo causal, o comitê deparou-se com duas situações.

Na primeira, a situação de trabalho ainda existe e pode ser observada: a servidora solicitou nexo da sua doença com a sua atividade, mas ainda estava trabalhando. Neste caso, a equipe do comitê observou toda a jornada de trabalho dessa servidora, minuto a minuto, durante oito horas, anotando todas as suas atividades, que movimentos ela realizava e quais musculaturas estavam envolvidas. A partir desses registros, foi feito um relatório minucioso para o médico perito.

Outra situação foi a da pessoa estar doente e afastada do trabalho, que é mais complexa por não ser mais possível observá-la em atividade. Neste caso, a equipe fez o relatório a partir da inferência de outros postos similares. Um exemplo foi o caso de uma escrevente que fazia audiência com o auxílio de uma máquina de datilografia. A equipe relatou que, além dos constrangimentos da tarefa de datilografar, havia o mobiliário inadequado no qual era desenvolvida esta atividade, além da situação de audiência em si, que é de muita pressão, tanto emocional como temporal.

Neste caso, apesar do comitê de ergonomia ter apresentado os relatórios à perícia médica, ela ainda está com dificuldade de decisão com relação ao nexo causal.

⁵¹ Essa consultoria está sendo prestada por uma médica do trabalho com doutoramento em ergonomia.

a.6) Emissão de pareceres para outros setores

O comitê de ergonomia tem sido solicitado a **emitir pareceres para diversos setores do Tribunal** devido a sua atuação. Podem ser citados exemplos relativos à aquisição de protetor de tela, suportes para CPU e outros a seguir descritos.

a.6.1) Remessa de cadeiras

A partir dos trabalhos da **comissão do mobiliário**⁵², a responsável pelo setor de suprimentos só liberava essas cadeiras com o aval do comitê de ergonomia. Criou-se o seguinte fluxo: o pedido chegava para suprimentos, que encaminhava para a equipe do comitê avaliar e atestar. Para tanto, a equipe avaliava os postos de trabalho, quantificava o número de cadeiras necessárias, encaminhava o parecer para suprimentos e, somente então, as cadeiras eram liberadas.

Na época em que a avaliação destes pedidos foi solicitada ao comitê de ergonomia, a cadeira giratória era fornecida somente para trabalhos que fizessem uso do computador. Embora houvesse estoques, era muito restrita a liberação deste tipo de cadeiras para outros tipos de trabalho: “O que a gente conseguiu na comissão do mobiliário é que não se compra mais cadeira fixa, para qualquer funcionário em qualquer atividade é essa cadeira. Então, hoje, o estoque desse tipo de cadeira é mais fácil” (PSICÓLOGA B, 2003).

a.6.2) Cadeiras do CEC

⁵² Já mencionada no referencial teórico.

O Centro de Educação Continuada - CEC⁵³ solicitou parecer relativo às cadeiras de uma das salas de treinamento, devido a reclamações dos próprios usuários, que nas avaliações finais dos cursos queixavam-se do desconforto.

O CEC havia recebido um grande investimento financeiro para adquirir mobiliários e equipamentos necessários ao desenvolvimento de suas ações (treinamento de servidores e magistrados). Para todas as salas, adquiriram-se mobiliários diferenciados, produtos de primeira qualidade e de marcas conceituadas no mercado:

Nesta linha de comprar um mobiliário diferenciado, eles compraram até cadeiras muito mais caras [...] Aí com todo esse cuidado que eles tiveram, podiam ter passado para a gente antes, compraram as cadeiras para a sala de cursos, que é a cadeirinha com aquela prancheta e aí as pessoas começaram a reclamar e eles solicitaram uma avaliação. Era uma cadeira de boa qualidade, mas ergonomicamente é terrível. É quase insuportável você ficar naquela cadeira para fazer um curso, então nós fizemos o relatório disso. Agora elas vão ter que agüentar reclamação (PSICÓLOGA B, 2003).

a.6.3) Carro do desembargador

Um desembargador do Tribunal solicitou uma avaliação no seu carro, por sugestão do coordenador do Programa de Terapias Complementares, durante uma de suas sessões de massoterapia. O desembargador queixava-se de que era acometido de dores lombares ao retornar de viagens a serviço realizadas com o carro do Tribunal.

O comitê observou inicialmente algumas características do desembargador (1,86 m de altura, idoso), do veículo (automóvel de passageiros, da marca Chevrolet, modelo Vectra), sendo que ele viajava no banco traseiro. Devido a sua altura, sua cabeça encostava-se ao teto do carro, deslocando o quadril e a parte lombar para frente; desta forma sua coluna ficava numa posição totalmente inadequada, resultando em dor nas costas, mesmo ao final de viagens com pequenos trajetos.

⁵³ O CEC, a partir de uma reestruturação organizacional, passou a denominar-se Escola Judicial Edésio Fernandes - EJEJF.

O comitê avaliou os veículos existentes no mercado, tomando como parâmetros dados de revistas especializadas, na busca de algum que comportasse no banco de trás uma pessoa com a estatura do desembargador presidente, concluindo que os veículos de passeio não podiam comportá-lo, somente carros mais altos como, por exemplo, o Fiat Doblô. Isso ocorre porque todo veículo de passeio é pensado para uma família, dois adultos na frente e as crianças atrás. Por isso, a altura do teto diminui no banco de trás.

Como existem no Tribunal dois tipos de carros à disposição dos desembargadores, “Astra” e “Vectra”, o comitê fez um relatório recomendando que o desembargador optasse pela utilização do “Astra”, que possui dois centímetros a mais de altura interna, e que, sempre que possível, viajasse no banco da frente. Este relatório foi encaminhado ao desembargador que, a princípio não o considerou, mas, mesmo assim, o carro oficial passou a ser o “Astra”, demonstrando que o parecer do comitê fora acatado.

a.6.4) Balcão para o SISCOM em Teófilo Otoni

As Comarcas do interior têm autonomia para realizar obras com valores considerados pequenos, como, por exemplo, construir um balcão no fórum.

Cita-se como exemplo o Teófilo Otoni de onde foi encaminhado um projeto para solicitação de verbas ao setor de suprimentos, visando à construção de um balcão. Antes de liberar a verba, a responsável pelo setor de suprimento solicitou ao comitê de ergonomia a análise e um parecer sobre o projeto.

Após analisar o projeto, a equipe concluiu que as dimensões do balcão projetado não permitiam que uma pessoa ficasse sentada dentro dele, além de estar localizado debaixo de uma escada.

O Comitê, fazendo o seu papel de mediador, encaminhou o projeto para um arquiteto do SERMAP⁵⁴ que, a partir das dimensões existentes, desenvolveu outro projeto, inclusive com custo inferior ao anterior, que foi encaminhado para Teófilo Otoni.

a.7) Mediação/intermediação

Para as integrantes do comitê, sua atuação principal é a mediação/intermediação. A equipe, quando vai analisar um local de trabalho e depara-se com um problema (que não são poucos numa instituição pública), na busca por recomendações para solucioná-lo, passou a ter visibilidade dos fluxos da instituição de que geralmente não se tem conhecimento:

Então a gente sabe qual é o setor responsável por corrigir ou minimizar a situação e a demanda. Então a gente faz a mediação. Então 80 a 90% do que a gente faz é isso. É essa mediação. A gente acabou descobrindo que esse era um espaço que existia e que ninguém dava conta dele. [...] Muitas vezes ao longo da pesquisa você corrige um monte de coisas que demandava era isso, muita coisa é de falta de comunicação mesmo na instituição muita coisa a gente consegue resolver com isso aí (PSICÓLOGA B, 2003).

O Comitê, recentemente, recebeu uma solicitação para verificar um problema de vibração de um ar condicionado:

[...] então hoje a gente já sabe, eu vou ter que fazer um contato com o engenheiro de manutenção [...] aí ele vai me falar se isso é com ele, se não ele vai me falar com quem que é. Aí ele me fala o que foi feito lá. Ele já me dá uma idéia do que o Tribunal aceitaria fazer. Aí depois, só depois de tudo alinhado é que a gente escreve alguma coisa. Então é muito no verbal mesmo e muito na ação de ir conversar. Se não for com ele é com outro, converso, levo o problema. [...] Sugiro uma coisa passível de ser feita. Ou então se chega no impasse mesmo e não se resolve, aí a gente já faz o relatório falando das dificuldades, a gente sabe que isso aí muitas vezes não dá resultado, mas pelo menos fica registrado que existe o problema (PSICÓLOGA B, 2003).

Quando o comitê visita uma comarca e depara-se com mobiliário quebrado, por exemplo, e o pessoal não sabe o que fazer com ele, por não conseguir obter informações junto aos setores do Tribunal, então, a equipe, dentro das orientações ergonômicas, coloca-se à disposição para esclarecer dúvidas relativas a esses fluxos. A equipe orienta sobre através de

⁵⁴ SERMAP - Serviço de Manutenção Patrimonial que é um parceiro do Comitê de Ergonomia..

que tipo de documento devem encaminhar suas solicitações, Comunicação Interna - CI ou ofício e para quem devem ser endereçadas.

Outro exemplo foi o do **apoio de pé**. Havia uma grande quantidade deles no almoxarifado, mas os servidores não sabiam a quem solicitar ou mesmo não sentiam necessidade de usá-los. O comitê, no entanto, demonstrou sua importância e informou como e a quem a demanda deveria ser encaminhada.

a.8) Intermediação para minimização de riscos urgentes/outros

Todos os problemas que anteriormente eram encaminhados para a DISAO resolver, atualmente recaem sobre o Comitê de Ergonomia e, teoricamente, a ergonomia é que tem que resolver. A gente tem até muita discussão sobre isso, mas na verdade não tem quem responda por esse tipo de problema e como a ergonomia se propõe a resolver tudo o que interfere no ambiente de trabalho, a gente faz (PSICÓLGA B, 2003).

A seguir, apresentamos alguns exemplos de intermediações realizadas pelo Comitê de Ergonomia:

a.8.1) Cartório Civil do Juizado da Infância

Ao Comitê de ergonomia foi solicitado socorrer os servidores do Juizado da Infância que, ao iniciarem sua jornada de trabalho, depararam-se com um mau cheiro insuportável proveniente de um gato que havia morrido sobre o telhado e estava em decomposição.

A equipe do Comitê mobilizou-se, fez vários contatos, conseguiu um desinfetante especial para fazer a limpeza e a autorização para ligar o ar condicionado na exaustão, o que na época, era proibido no período da manhã, por ser um período de contenção de energia elétrica. Com essas iniciativas o problema foi resolvido.

Mesmo esta solicitação parecendo não ser adequada às funções do ergonomista, ela ressalta o caráter de escuta que este profissional assumiu junto aos trabalhadores daquela Instituição.

a.8.2) Arquivo do Juizado Gutierrez

Os servidores do Juizado Gutierrez perderam o programa de computador com todos os dados relativos aos processos já arquivados no Juizado Gutierrez. Para recuperar as informações, os servidores optaram por trabalhar num sábado, no espaço físico do referido arquivo para não ter que deslocar uma grande quantidade de material para o Juizado. O arquivo, porém, não tinha a estrutura necessária para o desenvolvimento da atividade de catalogação dos processos. Os servidores envolvidos na atividade, então, solicitaram a assessoria do Comitê para viabilizar as condições mínimas necessárias ao seu desenvolvimento, o qual conseguiu junto ao almoxarifado mobiliário emprestado, organizou mesas de trabalho, mesas de computador e outros equipamentos necessários ao desenvolvimento da catalogação.

a.8.3) Secretaria instalada no pavimento acima de uma padaria – Ribeirão das Neves

Devido a problemas de espaço físico, o Fórum de Ribeirão das Neves alugou um segundo imóvel, obedecendo ao seguinte fluxo de locação: o fórum indica o imóvel que deseja alugar, a Secretaria de Obras faz a avaliação e o contrato.

Tratava-se de um segundo piso, cujo piso inferior era ocupado por uma padaria, que ao ligar o forno, aquecia todo o ambiente de trabalho do fórum:

[...] assim tinha um banheiro lá com um chuveiro, então os funcionários iam lá tomar banho na hora do expediente por que não davam conta. Trabalhavam descalço. A gente foi fazer uma medição da temperatura lá e estava dando 36°C,

39°C e do lado de fora 27°C, então eles estavam num forno mesmo. Acabou tendo que interditar mesmo. De fato tinham os horários que o forno estava desligado que não era tão quente (PSICÓLOGA B, 2003).

a.9) Palestras eventuais

O Comitê de Ergonomia teve uma participação intensa nos cursos de treinamento realizados na Escola Judicial, que ocorreram durante um ano, para todos os gerentes das comarcas do interior, com duração de uma semana. Era um treinamento operacional no qual havia também a abordagem da LER/DORT e como o Tribunal vinha trabalhando esse tema, que programas eram oferecidos, sempre enfatizando a prevenção.

O Comitê de Ergonomia participa também dos **cursos de formação dos juizes** admitidos no Tribunal, onde faz uma palestra relacionada a LER/DORT, com o objetivo de sensibilizá-los para a importância que eles têm, enquanto gerentes, no adoecimento do servidor: “Então a primeira vez que esta palestra foi proferida, nós estávamos morrendo de medo de perder o emprego, porque dizer para um juiz que ele é responsável pela saúde do servidor é um movimento novo no Tribunal” (PSICÓLOGA B, 2003).

a.10) Curso de Informática

No início dos cursos de informática realizados na Escola Judicial, o **Comitê de Ergonomia** faz uma palestra e uma vivência de **Ginástica Laboral e Consciência Corporal** para os servidores, incentivando-os a participar dessas atividades.

A equipe considera importante a sua participação nestes cursos:

É uma forma de reconhecimento dentro da instituição, o setor de informática que é até num outro prédio, nos solicitando. [...] Estão solicitando ao setor para ir lá falar sobre o mobiliário novo, como que deve ajustar a cadeira, a gente aproveita e dá uma sessão de Ginástica Laboral, Consciência Corporal como forma de incentivar as pessoas a participar (PSICÓLOGA B, 2003).

b) Problemas enfrentados pelo Comitê de Ergonomia

Alguns problemas do Comitê de Ergonomia como falta de pessoal, excesso de atividade, falta de estrutura física, poucos computadores entre outros, são comuns à Divisão de Saúde Ocupacional e seus Programas.

Outro problema é a terceirização, pois os empregados das empresas terceirizadas são mais desassistidos procurando os serviços da DISAO, porém a responsabilidade legal sobre a saúde e segurança no trabalho é da empresa contratada.

A equipe do Comitê Ergonomia por ter conhecimento do sofrimento inerente às atividades de trabalho do Judiciário, sem poder retirá-lo ou resolver as condições adversas, por vezes se angustia, mas isto não impede seus membros de se empenharem em, pelo menos minimizar os riscos maiores.

Embora o Comitê de Ergonomia, ao longo de seus anos de atuação, tenha conquistado vários espaços dentro da Instituição, ainda tem dificuldades de diálogo com alguns setores. Segundo a sua coordenadora, essa dificuldade passa pela falta de credibilidade do trabalho do Comitê:

Então a Secretaria de Obras mesmo é uma, eles é que fazem reforma e construção de Fórum, mas eles não usam a gente para isso. Então, e se a gente leva alguma idéia eles questionam, quem são vocês para estar querendo sugerir alguma coisa no nosso serviço, a coisa vem meio por aí. Esse é um grande dificultador, o outro é o Setor de Informática (PSICÓLOGA B, 2003).

O Setor de Informática é um setor que possui uma certa autonomia e, porque não dizer, poder dentro da Instituição. Tanto que, mesmo após a Comissão do Mobiliário ter definido o novo mobiliário para a Instituição, eles continuam comprando o mobiliário de informática, sem passar pela compra do mobiliário geral.

O diretor da Comissão do Mobiliário mostrou para o chefe do Setor de Informática as vantagens do novo mobiliário, mas ele continua irredutível.

Segundo a coordenadora do Comitê:

[...] mas ele fala que acha a outra mais prática e ele não está nem aí se a outra está provocando problemas de saúde ou não. Não interessa a ele. Então, esse setor de informática é um que a gente não tem o menor dialogo mesmo, nada que a gente pede para eles, eles fazem. O fato da gente não ter dado epidemiológico passa por aí, eles não dão conta de fazer um programa para a gente e nem tem o menor interesse em desenvolver um programa para a gente e institucionalmente a gente é proibido de buscar isso fora. Então a gente não tem o menor suporte mesmo de programa de computador. [...] A mesma coisa é quando a gente vai num setor e constata que precisa de mais um computador para o funcionamento daquele setor, não adianta você pedir que a informática não atende. Você pede para mudar a instalação do computador, não adianta que a informática não atende nenhum tipo de pedido. Hoje tudo o que depende da informática, a gente já parte do pressuposto: do que é da informática você não pode mexer. Então você tem que mudar o resto para se adequar, aquilo que você sabe que não vai conseguir mexer (PSICÓLOGA B, 2003).

O novo mobiliário só pôde ser implantado porque não depende do setor de informática.

[...] o mobiliário que a gente consegue implantar é comprado pelo suprimentos, na verdade suprimentos antes comprava mesa de madeira e na secretaria tem as mesas de madeira e as mesas de computador. As de madeira fornecidas pelos suprimentos e as de computador pela informática. Hoje a mesa que era de madeira virou essa aqui que atende a demanda do computador⁵⁵ (PSICÓLOGA B, 2003).

Em alguns locais, as mesas de madeira já foram substituídas pelo mobiliário novo, mas o computador permanece sobre a mesa fornecida pelo setor de informática, o que não resolve o problema:

O computador às vezes o pessoal da secretaria consegue eles mesmos mudar, mas o problema é que a mesa do computador é menor do que essa aqui e hoje não tem um computador para cada um. Aquele computador é compartilhado, então a gente esbarra no problema da informática e também do pessoal responsável pelo leiaute aqui. Quem faz o leiaute aqui é o DEMAD⁵⁶. [...] A gente tem muito problema de leiaute, de organização e de fluxo. E eles fazem o leiaute assim: eles vão dão uma olhada, dão sugestões, a chefia acata e coloca em prática. Esse mobiliário foi pensado nisso, de você montar uma mesa de frente para a outra, estar sempre montando estações de trabalho que você ganha espaço. O DEMAD acha que as pessoas não vão gostar de trabalhar uma de frente para a outra, então eles não fazem desse jeito. Eles não perguntam se as pessoas aceitam ou não. Eles não tentam quebrar esse tipo de coisa. Então eles criticam esse mobiliário, porque esse mobiliário é maior que o outro, sendo que na comissão de mobiliário tinha um representante do DEMAD. Então, o DEMAD também participou da concepção desse mobiliário, mas hoje o que eles fazem é criticar o mobiliário que eles fizeram parte da concepção, por causa disso. Então são os dois setores que a gente tem mais dificuldades são esses a informática e esse DEMAD. [...] Então aonde a gente vai que eles passaram, para a gente tem que mudar tudo. Então aí o que a gente faz, muda tudo se a chefia do setor abre espaço para isso. A gente vai mesmo e na hora

⁵⁵ Referindo-se à mesa que faz parte do mobiliário especificado pelo Comitê de Ergonomia.

⁵⁶ DEMAD - Departamento de Modernização Administrativa.

muda, agora se a chefia não dá liberdade para isso a gente simplesmente mostra o problema. Até se eles quiserem pedir para o DEMAD fazer um novo leiaute considerando esse aspecto, eles podem também. Mas aí a gente não tem diálogo com o DEMAD para isso (PSICÓLOGA B, 2003).

No caso do balcão do Protocolo do Tribunal de Justiça, na época que o DEMAD estava fazendo um leiaute, havia queixa de saúde naquele local. Então a equipe do Comitê avaliou o posto de trabalho e passou para o DEMAD as especificações que incluíam todas as medidas, como o apoio de pé dentro do balcão para a pessoa que devia trabalhar com cadeira elevada: “[...] pedimos para eles que assim que fizessem o leiaute, chamassem a gente para conversar, só para a gente verificar esses ajustes que a gente estava recomendando. Não deram resposta mesmo, fizeram lá e o Protocolo esta lá cheio de problemas hoje” (PSICÓLOGA B, 2003).

O DEMAD atua no Tribunal de Justiça; nas comarcas do interior e no Fórum Lafayette, uma arquiteta, que faz parte do seu quadro de pessoal, recebeu a incumbência de fazer o leiaute de todo o prédio.

Segundo a coordenadora do Comitê: “A gente fica triste e não tem jeito. E hoje sempre que a gente pode a gente foge da alçada deles. Então, por exemplo, no Fórum, [...] é uma outra pessoa que é responsável pelo leiaute e é mais tranquilo” (PSICÓLOGA B, 2003).

No Fórum, o balcão onde são expedidas as guias de custas judiciais foi recentemente construído e projetado pelo SERMAP, a partir de especificações e aval do Comitê de Ergonomia: “A gente conseguiu e mudou por completo o balcão [...] Ficou perfeito, jóia, o pessoal está satisfeito com o balcão novo lá. Onde tem a comunicação aí a coisa fica tranquila” (PSICÓLOGA B, 2003).

O SERMAP também foi parceiro na mudança do leiaute do Setor de Taquigrafia, instalado numa sala ampla dentro do Palácio da Justiça, que necessitava aumentar o número de seus postos de trabalho, de vinte e sete para pelos menos trinta. O DEMAD já havia feito várias tentativas de leiaute, utilizando-se do mobiliário novo, mas não obteve sucesso. Então,

o próprio pessoal da taquigrafia solicitou que o comitê de ergonomia os auxiliasse, dando aval para que o leiaute feito pelo DEMAD sofresse as alterações necessárias. O SERMAP contribuiu para este trabalho, fazendo um leiaute com estações de trabalho mas, mesmo assim, ainda não comportava os postos de trabalho necessários.

Aí a gente desenhou uma mesa específica para a taquigrafia, mantendo esse padrão. Então a mesa de taquigrafia é simétrica e menor, então eu fiz por aquela especificação da ergonomia de zona de alcance, fiz o mínimo possível para construção dessa mesa, fizemos e aí couberam todos os postos de trabalho que eles estavam querendo e tudo na forma de estação de trabalho. Dezembro ficou pronto esse projeto, em fevereiro já estavam lá as mesas chegando, então mudou e o pessoal adorou [...] ergonomicamente está tendo que fazer alguns ajustes porque não deu para experimentar. [...] Um problema que está tendo agora e que outra vez eu estou esbarrando com a informática é porque a CPU teve que ficar lá debaixo, mas como eles só têm que ligar e desligar, não usam disquete nem nada, aí é complicado, mas é uma vez só por dia. Aí o cabo do teclado e do mouse como eles têm que sair lá debaixo estão curtos e aí eles já falaram com a Informática e a Informática não tem jeito. Então eu vou ter que, através de suprimentos, arrumar alguma forma de resolver.. E assim existe cabo maior que você pode comprar no mercado. Então vou ver se suprimentos aceita fazer a compra para resolver essa questão lá. E teve uns outros ajustes que foi de armário, faltou espaço para eles colocarem umas caixas lá. Então a gente pediu uma complementação do armário. Esse é um setor que fico bem interessante que é uma mudança bem visível. O pessoal ficou muito satisfeito com a mudança (PSICÓLOGA B, 2003).

c) Conquistas

Ao longo do desenvolvimento de suas atividades, o Comitê de Ergonomia foi sendo aceito dentro da Instituição, tendo reconhecimento por setores onde foram feitas intervenções e um bom relacionamento com setores importantes do Tribunal. Uma de suas grandes conquistas foi ter participado da Comissão de Desenvolvimento do Novo Mobiliário do TJMG:

Não existia no mercado mobiliário adequado, porque o nosso é conciliar manuseio de processo e digitação. Por isso que a gente teve que partir para uma concepção de mobiliário que cercasse a pessoa. Um plano de trabalho não é suficiente para tudo isso. Sempre respeitando a zona de alcance (PSICÓLOGA B, 2003).

d) Consultoria

Atualmente as integrantes do Comitê já conseguem fazer muito trabalho independente da consultora, mas segundo elas foi fundamental:

Antes a gente não conseguia mesmo, até teve uma época que ela saiu e eu pedi para [...] ficar um tempo sem consultoria porque estava criando até uma dependência. As coisas só aconteciam se ela estivesse junto, aí ela ficou um tempo fora, voltou e agora está mais tranqüilo. Agora de fato está funcionando como consultoria, porque antes ela estava conduzindo mesmo, as meninas estavam meio com medo de fazer alguma coisa (PSICÓLOGA B, 2003).

4.3.2.1.4 Programa de Atendimento em Terapias Complementares

O Programa de Atendimento em Terapias Complementares – PROTEC teve origem no aproveitamento da experiência em terapias alternativas de um dos profissionais do Tribunal de Justiça que, ao aposentar-se em 1997, foi convidado para retornar ao trabalho. Inicialmente, o referido profissional atuou no então denominado “Fórum 2000”, constituído por programas que enfocavam a ergonomia⁵⁷ e o combate ao estresse.

Para evitar atritos com a área médica, por estarem sendo utilizadas terapias alternativas para o combate ao estresse e pelo fato de existir o Conselho dos Massoterapeutas e o Conselho de Terapias Holísticas, o programa foi então denominado “Massoterapia”. Desta forma, não ocorreram conflitos com os médicos do Fórum que, além de participarem do Programa, encaminhavam servidores com problemas em membros superiores, coluna e ansiedade para participar do Programa.

Em setembro de 2000, a massoterapia passou a integrar o Programa de Estresse, desenvolvendo suas atividades apenas no Fórum Lafayette. Somente em novembro de 2001, com a aprovação do projeto do Programa de Terapias Complementares - PROTEC⁵⁸ pela então Secretária de Recursos Humanos, a massoterapia foi implantada também no Tribunal de Justiça.

⁵⁷ O Programa de Ergonomia era desenvolvido pelo Grupo de Trabalho sobre LER, já mencionado.

⁵⁸ A massoterapia foi incluída num Programa de Terapias Complementares, também para evitar conflitos com Conselhos de outras categorias profissionais.

a) Desenvolvimento do Programa

O Programa de Atendimento em Terapia Complementar – PROTEC⁵⁹, através das técnicas de massoterapia e yogaterapia, propõe-se a orientar os servidores e magistrados na prática de exercícios respiratórios e técnicas corporais, com o objetivo de promover um autoconhecimento do corpo e da mente, reequilíbrio energético e conseqüente bem-estar geral. Esse atendimento caracteriza-se por ser preventivo e complementar aos demais tratamentos convencionais.

O programa busca fornecer subsídios para a melhora do rendimento físico, da auto-estima, das relações interpessoais, para o despertar do interesse e estímulo ao conhecimento de si mesmo. Estimula a adoção de uma nova postura frente ao trabalho, ocasionando melhora das relações interpessoais, mudança no estilo de vida, que torna-se mais saudável e mais equilibrada.

A massoterapia é uma terapia corporal feita com as mãos, com toques aplicados pelo corpo nos pontos dos meridianos chineses, proporcionando o alívio da tensão nervosa, da insônia, do estresse, das dores da coluna e relaxamento muscular, obtendo o reequilíbrio energético, promovendo leveza e bem-estar geral.

Existem várias técnicas, sendo que as mais utilizadas pelos profissionais da DISAO são: o Tuiná (massagem chinesa), Shiatsu (técnica japonesa originada do Tuiná), o Reike (método de saúde natural) e a Quiropraxia (técnica natural de manipulação que visa ao alinhamento da coluna e das articulações).

Na massoterapia, as técnicas são aplicadas em sessões individuais, precedidas de entrevista e avaliação, com subseqüente avaliação dos resultados. Inicialmente, as sessões são

⁵⁹ As informações aqui apresentadas sobre as técnicas de massoterapia e yogaterapia são oriundas do projeto do PROTEC.

semanais e, de acordo com a evolução do caso, passam a ser quinzenais, depois mensais até a liberação.

A yogaterapia, por sua vez, é uma técnica de exercícios com raízes na filosofia oriental que, combinando posições do corpo (parado ou em movimento) com respiração, contribui para o relaxamento de todos os músculos do corpo no exercício, levando a uma tomada de consciência, tanto corporal como emocional.

As atividades da yoga são desenvolvidas preferencialmente fora do horário de trabalho (no final do turno), em grupos de no máximo quinze servidores, sendo dois no Fórum e em igual número no Tribunal, com duas sessões semanais de uma hora de duração, durante o período de três meses, podendo ser prorrogado em casos de servidores com necessidade comprovada. São formados, também, grupos de vinte participantes para desenvolver a meditação.

Antes de iniciarem os grupos, também são realizadas entrevistas e avaliações individuais; os aptos realizam as atividades previstas e, ao final, são avaliados os resultados, podendo alguns servidores permanecer por mais algum tempo no grupo. Os inaptos são reavaliados e, quando adquirem condições, são agendados para participar de um novo grupo.

De setembro de 2000 a setembro de 2002, foram atendidos um total de 2.838 servidores na massoterapia, com uma média mensal de 120 atendimentos, e na yogaterapia, 360 participantes.

Para fazer frente a essa demanda, o programa conta com o coordenador, duas funcionárias no Tribunal, que oferecem as técnicas da massoterapia, além de uma funcionária na yogoterapia⁶⁰. Atualmente, existe uma lista de espera de três meses para a massoterapia, que prioriza o atendimento dos portadores de sintomas em membros superiores e os casos

⁶⁰ Como já citado, o coordenador do PROTEC é contratado por uma empresa terceirizada, as demais são servidoras do TJ que estão desviadas das suas funções, assim como a profissional de yoga que trabalhava numa Comarca do interior e tinha interesse em se transferir para a capital. Mas todos possuem habilitação legal para exercerem essas atividades.

considerados emergenciais. A clientela⁶¹, constituída de magistrados e servidores, é oriunda do Comitê de Ergonomia ao avaliar os postos de trabalho, da fisioterapia, da psicologia, da assistente social, dos médicos que detectam os casos dentro dos programas da DISAO e da busca espontânea por atendimento.

Além da carência de pessoal, a falta de espaço físico, a não liberação de servidores interessados em participar, a não aceitação de determinados setores são algumas das dificuldades encontradas pelo PROTEC para desenvolver suas atividades. Mas isto não ofusca a satisfação de quem realiza o trabalho: “A vantagem é que a gente é dinâmico, é um serviço gratificante, maravilhoso” (MASSOTERAUTA A, 2003).

4.4.2.1.5 Programa de Prevenção e Atendimento ao Estresse

O programa começou a germinar em 1995, quando, ao retornar de Cuba o Diretor da Divisão de Assistência, após realizar estudos naquele país, trouxe informações sobre a abordagem multidisciplinar realizada na **Prevenção do Estresse** e na melhoria da **Qualidade de Vida** e sugeriu que esses temas passassem a ser tratados de uma forma sistemática dentro da instituição.

A gerência do Tribunal acatou a sugestão e, a partir de então, iniciaram-se negociações para viabilizar a vinda de um dos técnicos pertencente a “Clínica de Estresse” de Havana para assessorar na estruturação de um programa preventivo, que se efetivou somente em outubro de 1998, com a contratação, através do Ministério da Saúde, de uma médica psiquiatra. Essa profissional possuía conhecimento específico na área de estresse e, sobretudo, um olhar neutro por não ter envolvimento com a Instituição, além das diferenças culturais.

⁶¹ O desembargador presidente faz parte da clientela da massoterapia.

A equipe multidisciplinar⁶², constituída para elaborar o projeto, consumiu um certo tempo para repassar à psiquiatra as informações relativas às atividades realizadas pelos servidores do Tribunal e pelo próprio Judiciário.

A seguir, optaram pela realização de uma pesquisa sobre “Qualidade de Vida” para diagnosticar o nível de estresse, pois era sabido que eles eram elevados, mas não existiam dados científicos que justificassem a implantação de um programa de prevenção. Sob a coordenação da psiquiatra⁶³, desenvolveram um questionário que pudesse ser aplicado, levando-se em conta as características do trabalho no Judiciário Mineiro.

Os questionários foram distribuídos no final do ano de 1999 para uma amostra de 500 pessoas (magistrados e servidores das 1ª e 2ª instâncias) e, dentre os respondidos, foram escolhidas aleatoriamente algumas pessoas para integrar grupos formados para possibilitar a obtenção de dados qualitativos. A pesquisa teve dois momentos, um quantitativo e um qualitativo, sendo representativa por ter envolvido toda a esfera hierárquica da Instituição, desde os funcionários de 1º grau (ensino fundamental) até os desembargadores.

Os questionários válidos foram suficientes para a equipe poder ter um diagnóstico dos sintomas relacionados ao estresse e à qualidade de vida dos magistrados e servidores do Tribunal.

Os resultados indicaram que o trabalho no Judiciário tem uma contribuição importante no estilo de vida, nos hábitos não saudáveis que as pessoas adotam em função das responsabilidades, das pressões temporais impostas pelos prazos a cumprir, da natureza e do conteúdo do trabalho, por lidarem com conflitos resultantes das relações humanas. Dentre as categorias submetidas a maior carga de estresse encontravam-se as dos oficiais de justiça, dos juizes e dos servidores do Fórum.

⁶² Profissionais da fisioterapia, enfermagem, psicologia, medicina, depois terapeuta ocupacional e professor de educação física.

⁶³ Essa psiquiatra, por motivos pessoais, desligou-se da Instituição em janeiro de 2003, retornando a Cuba. A partir de então, a coordenação ficou a cargo de uma das psicólogas da equipe.

A pesquisa apontou, então, para a necessidade de criação de mecanismos de ajuda para as pessoas adquirirem uma conduta de vida mais saudável, apesar dos agentes estressores presentes no Judiciário.

Transcorrido um ano desde o início dos trabalhos da equipe multidisciplinar, o **Programa de Prevenção e Atendimento ao Estresse** foi implantado através de atividades em grupo oferecidas para servidores e magistrados.

O programa tem como **principais objetivos** eliminar ou diminuir os sintomas provocados pelo estresse, melhorar as relações interpessoais, trabalhar a auto-estima do indivíduo, fazer com que o servidor/magistrado aprenda a lidar com os agentes estressores individuais e coletivos, enfim, ajudar na mudança do comportamento e na aquisição de hábitos mais saudáveis.

Segundo a coordenação, os depoimentos de participantes do grupo indicam que o programa tem conseguido atingir seus objetivos: “Então, normalmente, as pessoas ao longo do nosso trabalho têm apontado uma melhora no estilo de vida, a busca de hábitos mais saudáveis e, de um modo geral, conforto e bem-estar” (PSICÓLOGA A, 2003).

Até novembro de 2002, o programa já havia atendido seis grupos de magistrados e cinquenta e sete grupos de servidores, com uma população de quinhentos e trinta participantes.

Além de ser realizado na capital, o programa já foi desenvolvido na Comarca de Contagem durante um ano, na de Betim durante seis meses, além de proferir palestras sobre Qualidade de Vida em vários locais.

Embora o programa tenha conseguido atingir um número importante da população do Judiciário, enfrenta algumas dificuldades para desenvolver-se, tais como a carência de espaços para a realização das atividades e a não adesão de alguns setores que não liberam os funcionários que trabalham em horário integral para participar.

a) Desenvolvimento do Programa

Antes de iniciarem os grupos, é feita a divulgação da programação. Os interessados em participar do grupo inscrevem-se no serviço administrativo da DISAO e agendam uma entrevista individual com a psicologia. Nesta entrevista, são fornecidas explicações relativas ao funcionamento do programa e investigadas as condições psicológicas do entrevistado, que só integrará o grupo se houver indicação para sua participação, se o programa puder contribuir com a sua busca pessoal e, ainda, se a posterior avaliação médica o permitir. Caso contrário, o entrevistado é encaminhado para outros recursos de saúde internos ou externos e são fornecidos esclarecimentos sobre o funcionamento das demais ações de saúde da DISAO.

Nas comarcas do interior, o processo é semelhante, porém quem se desloca são a psicóloga e o médico que realizam as entrevistas e as avaliações individuais, antes de iniciarem os grupos.

Segundo a coordenadora do programa, a entrevista é fundamental para o sucesso do grupo:

Quando na entrevista individual se considera que o Programa não vai atender a demanda da pessoa naquele momento, por exemplo, ela esteja com um episódio de uma depressão moderada. Neste caso o grupo vai ter muito pouco para oferecer naquele momento no programa, porque o relaxamento às vezes não é indicado para aquela pessoa, são temas fortes para serem trabalhados. E a pessoa não está em condições de estar nesse momento de reflexão, então não é indicado para ela o grupo. Ela continua com o acompanhamento da psicologia, o serviço social entra para fazer encaminhamento dela para tratamento. Mas isso é colocado para ela que no momento não é hora dela participar do grupo. A gente pondera (PSICÓLOGA A, 2003).

Ainda segundo a coordenadora sobre os trabalhos em grupo:

[..] essa abordagem desses programas de grupo tem também, além desse momento de reflexão, dessa postura de conduta, eles atuam muito também nessa integração institucional. Nesta questão de relacionamento interpessoal, e com isso as pessoas aprimoram a sua convivência no trabalho (PSICÓLOGA A, 2003).

Os grupos são compostos por servidores de todos os níveis hierárquicos, exceto para os magistrados. Para estes profissionais, são formados grupos em separado devido à natureza dos trabalhos deles e as dificuldades de horário, que chegam a ser um entrave para realização do programa.

Como o problema de disponibilidade de tempo também afetava outros servidores, o programa sofreu adaptações e, atualmente, desenvolve-se fora do horário de trabalho, em seis encontros de três horas e meia cada, sendo dois por semana (2ª e 4ª feira), durante três semanas. São oferecidos simultaneamente dois programas: um no Tribunal, no período da tarde e outro no Fórum, no da manhã. Os servidores têm livre trânsito para escolher onde eles querem estar, onde acham mais fácil, onde o acesso é melhor, onde eles vão se sentir mais confortáveis.

Os técnicos, ao desenvolverem as atividades do programa no período da manhã, preocupam-se em permitir que os integrantes do grupo tenham tempo para preparar-se para iniciar sua jornada de trabalho e, no período tarde, que eles tenham tempo de encerrar a jornada de trabalho e iniciar o programa⁶⁴.

Para os juizes e desembargadores, o programa desenvolve-se em cinco encontros semanais de três horas e meia cada, no Tribunal ou na Associação de Magistrados - AMAGIS. Um grupo de juizes que participou do programa no início de 2003, no entanto, optou pela sua realização no Fórum.

Para os profissionais do programa, ver os juizes participando de um Programa de Estresse dentro do Fórum, seu espaço de trabalho, é algo muito inovador, como demonstra o depoimento da coordenadora do programa:

Para nós foi muito interessante ver os juizes inseridos dentro do Programa de Estresse dentro do Fórum, isto tem uma conotação muito positiva. Eles estarem ali no ambiente de trabalho, fazendo algo diferente do trabalho naquele espaço, então é como se a gente estivesse dizendo assim: “Esse espaço de trabalho existe para outras

⁶⁴ Como já mencionado, a jornada de trabalho no período da manhã é das 7 às 13 horas e da tarde é das 12 às 18 horas.

coisas também. E isso dentro da formalidade do juiz na instituição, a gente pode dizer que é uma mudança de paradigma institucional, mesmo (PSICÓLOGA A, 2003).

O Programa de Prevenção e Atendimento ao Estresse é desenvolvido através de encontros, durante os quais são realizadas atividades que incluem dinâmica de grupo, atividade física, atividade de expressão e criatividade e atividade de relaxamento.

Na **dinâmica de grupo**, coordenada pela psicologia, são trabalhados temas pré-estabelecidos com base na literatura científica e feitas reflexões sobre alguns temas relacionados ao estresse, que podem ter reflexos negativos na saúde dos servidores/magistrados, e têm o objetivo de possibilitar o enfrentamento das adversidades da vida.

A cada encontro, o mesmo tema específico é trabalhado, dentro de uma flexibilidade, pois, para a equipe, cada grupo é único, com as suas especificidades, sendo o programa desenvolvido para atendê-las.

Uma fisioterapeuta faz atividades de alongamento direcionadas para atingir determinadas áreas do corpo, com ênfase nas posturas mais adotadas no trabalho no Judiciário. Esse trabalho de consciência corporal é realizado através das técnicas da **Reeducação Postural**, com exercícios de alongamento e de respiração, na tentativa de implantar a cultura de pausas, da atividade física, de relaxamento físico e mental durante a jornada de trabalho.

Outra atividade desenvolvida é a **atividade de expressão da criatividade** que, dependendo da disponibilidade dos profissionais da equipe, pode ser coordenada por psicólogo, terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta. É um momento lúdico, no qual incentiva-se a prática de alguma atividade física ou de atividade mental em que a competição não esteja presente, realizando-se a atividade somente pelo prazer de construir algo.

Em todos os encontros, há um lanche, que constitui um momento de confraternização. Ao final de cada encontro, é realizada uma atividade de relaxamento induzido, dando enfoque à importância da respiração no dia a dia. São feitos exercícios respiratórios e incentiva-se a prática do relaxamento como um momento no qual a pessoa está consigo mesma, desligando-se do mundo e proporcionando um momento de desaceleração do pensamento.

No último dia de cada grupo, as atividades são determinadas anteriormente para serem desenvolvidas num espaço aberto e incluem: passeio ao ar livre, incentivando o contato com a natureza, o que possibilita a percepção dos outros sentidos que normalmente ficam tolhidos devido à rotina diária; ginástica de relaxamento com técnicas orientais tais como Tai Chi Chuan; na hora do lanche é feita uma confraternização que inclui o depoimento espontâneo de cada pessoa, e após isso, faz-se uma atividade de encerramento.

b) Avaliação das atividades pela equipe

Ao final de cada encontro com o grupo, a equipe multidisciplinar reúne-se para trocar informações sobre as atividades desenvolvidas naquele dia, com o objetivo de perceber como cada profissional está se sentindo em relação ao trabalho realizado e se algo precisa ser modificado para o próximo encontro. Essa troca de informações e percepções propicia o entrosamento da equipe e define quem vai realizar as próximas atividades com o grupo, pois elas são desenvolvidas pelos profissionais, conforme a disponibilidade da agenda. Somente a dinâmica de grupo é realizada exclusivamente pela psicologia.

Segundo a coordenação do programa, os profissionais aproveitam esta oportunidade para reunir-se, pois, devido ao grande volume de trabalho, é muito difícil conciliarem suas agendas, além de sentirem necessidade pessoal de fazê-lo naquele momento:

“Quando acaba o programa é ótimo, a gente precisa falar, gastou energia, ficou mexido, é importante para a gente também ter esse retorno das colegas, poder falar, se sentir bem: Hoje eu fiz uma coisa bacana, uma coisa legal. Hoje isso não foi muito bom” (PSICÓLOGA A, 2003).

A forma como o Programa de Prevenção e Atendimento ao Estresse forma os grupos e desenvolve suas atividades foi utilizada pela equipe multidisciplinar da DISAO quando da criação do **Programa de Controle do Tabagismo** e do **Programa de Reeducação Alimentar**.

4.3.2.1.6 Programa de Controle do Tabagismo

Dos 1545 servidores que realizaram exames periódicos entre 1999 e 2000, 21% (336) eram tabagistas, com faixa etária média de 40 anos, na qual os malefícios do cigarro costumam dar sinais ou já estar com algum sintoma manifesto.

Preocupado com este índice, um médico⁶⁵ da DISAO formou um grupo com servidores que demonstraram interesse em parar de fumar. No entanto, somente a abordagem médica foi insuficiente para trabalhar com essa dependência química. Esse foi um dos fatores que levou a ser repensada a conduta que a DISAO estava tendo com relação à dependência da nicotina. Então, a coordenação da divisão solicitou a esse médico que convidasse outros profissionais da DISAO para discutir uma outra estratégia de trabalho. Na ocasião, participaram desta reunião técnicos que tinham interesse no assunto e outros que estavam com disponibilidade de tempo naquele momento.

⁶⁵ Este médico havia feito estudos no exterior sobre dependência química, tendo estagiado num programa que abordava o tabagismo.

Naquela reunião, foi repassada a experiência do profissional que estava fazendo a abordagem do tabagismo e o grupo, constituído por enfermeira do trabalho, médicos do trabalho, cardiologistas e psicóloga, a partir de então passou a se reunir sistematicamente.

Durante quatro meses, o grupo estudou sobre tabagismo, fez revisão de literatura a respeito da dependência da nicotina e estruturou uma forma de abordar o tema dentro do Tribunal. Segundo uma integrante do grupo:

Você ver o assunto de um modo geral é uma coisa, agora você estar se sentindo preparada para estar abordando o tema dentro do trabalho, no contexto de um programa, é claro que você tem que estar se habilitando para isso. [...] Foi difícil. Abordar qualquer tipo de dependência não é simples. Várias pessoas de destaque na instituição são fumantes. Então, foi uma decisão difícil a gente entrar com esse tema aqui (PSICÓLOGA A, 2003).

O projeto foi apresentado e aprovado pela 2ª Presidência do Tribunal, à qual a DISAO está subordinada hierarquicamente e pela Secretaria de Administração de Pessoal, sendo implantado em agosto de 2001.

O Programa buscava fornecer aos fumantes maiores chances de sucesso no processo de parar de fumar e colaborar na prevenção de recaídas daqueles que já haviam abandonado o hábito através da abordagem multidisciplinar da dependência (médicos, enfermeiras e psicóloga).

Para a equipe, foi muito interessante ver pela primeira vez estas profissões trabalhando juntas: “[...] então foi um marco mesmo, você estar trabalhando com três saberes, difícil da gente conseguir mesmo esta conciliação. E fomos aí mudar novamente os paradigmas da instituição. [...] O trabalho além de promover a saúde dos servidores, promoveu esta união da equipe” (PSICÓLOGA A, 2003).

Além da questão da saúde, o fumo no ambiente de trabalho tem interferido nas relações interpessoais. Os fumantes passivos têm solicitado ao Comitê Ergonomia intervenções, estudos, análises e auxílio para mediar situações entre fumantes e não fumantes. O Comitê tem tido sucesso em algumas intervenções e participado de campanhas.

a) Desenvolvimento do Programa

O programa é desenvolvido através de grupos, sendo abertas as inscrições de seis em seis meses. Para sua divulgação são utilizados todos os recursos de comunicação disponíveis na Instituição: sistema de som no fórum e no Tribunal, murais, corpo a corpo (formiguinha) com distribuição de cartilha, de folder.

Segundo uma psicóloga da equipe: “Sempre a gente tem a preocupação de não expor as pessoas” (PSICÓLOGA A, 2003).

A adesão ao programa é voluntária. A pessoa que deseja parar de fumar procura a DISAO, passa por uma entrevista individual com a enfermagem, com o médico e com a psicologia. É feito um diagnóstico do grau de dependência, utilizando-se questionários validados. Dependendo da avaliação, a pessoa é encaminhada para o grupo ou continua com a abordagem individual.

Participam do programa servidores de todos os níveis hierárquicos da instituição, desde o pessoal de serviços gerais até o escrivão, tornando os grupos heterogêneos; a troca de experiências contribui na ajuda mútua para superar as dificuldades do vício.

Só participam do grupo as pessoas que estão em condições psíquicas naquele momento, ou seja, são descartados os casos psiquiátricos que não estejam controlados (depressão grave, esquizofrenia ou paranóia).

Além da abordagem clínica e psicológica, quando indicado, é feito tratamento farmacológico que é acompanhado individualmente, principalmente pelos médicos e a pela enfermagem.

A fase inicial é composta de encontros semanais durante dois meses de acompanhamento sistemático. São desenvolvidas dinâmicas de grupo, onde são trabalhados

os gatilhos que levam a pessoa a fumar, a prevenção da recaída, os malefícios do cigarro; mas o foco principal não é no adoecimento e sim nos ganhos que terão ao abandonar o hábito.

A equipe do programa é fixa, mas, dependendo da demanda do grupo, são convidados palestrantes externos. O departamento odontológico contribui com palestras falando sobre saúde bucal, inclusive câncer de boca e dá prioridade para os participantes do programa no agendamento de limpeza para retirada da nicotina dos dentes.

O trabalho é desenvolvido na linha da terapia comportamental, tentando ajudar as pessoas nesse momento difícil de parar de fumar. Se necessário, elas têm abordagem individual ao longo desse acompanhamento, com médico, ou com a enfermagem ou com a psicologia.

Na fase de manutenção, os participantes são atendidos nos grupos quinzenalmente no primeiro mês, e, depois, mensalmente.

No programa, existe um serviço disque-ajuda: é oferecido o número de telefone da DISAO para as pessoas fazerem contato com a equipe, para suporte, orientações e acolhimento das demandas dos participantes. Além do disque-ajuda são feitos muitos contatos com o servidor, principalmente quando ele marca a data de parar de fumar. Dois ou três dias antes, um integrante da equipe faz contato telefônico para ver como é que ele está se sentindo e dar apoio, além do encontro semanal.

Desenvolvem também ações preventivas e educativas como palestras, cartilhas, folders, cartazes, mensagens através do sistema interno de som, entrevistas em jornais e rádio.

Em um ano de atividade, o programa já atendeu 56 servidores (36% pararam de fumar), com idade média de 42,2 anos, em sua maioria do sexo feminino (71%), com tempo médio de tabagismo de 21,6 anos, com grau de dependência considerado moderado (questionário de Fargeströn).

Os resultados têm sido satisfatórios, mas, como os grupos iniciaram no 2º semestre de 2001, ainda é cedo para medir o alcance dos resultados, pois é sabido que se pode esperar recaída até um ano após a pessoa ter abandonado o hábito de fumar.

A equipe está ainda na fase de coletar dados, de rever, de modificar, de estar avaliando realmente a eficácia do programa, colocando-se sempre à disposição. Esta disponibilidade serve para que a pessoa que não conseguiu estar no grupo ou que já esteve, possa retornar quando sentir necessidade.

Ao final de cada dia de programa, os três técnicos envolvidos com o trabalho em determinado grupo reúnem-se para discutir sobre o que já realizaram e sobre as ações futuras: “Quais as providências que têm que ser tomadas? Quem vai fazer o quê? Quem vai falar com quem? [...] Então isso tudo a gente combina. [...] Isso tudo é muito trabalhoso. E se a gente não tiver essa organização, realmente a gente não dá conta” (PSICÓLOGA A, 2003).

4.3.2.1.7 Programa de Reeducação Alimentar

O Programa de Reeducação Alimentar foi criado após o tema obesidade ter sido o mais citado numa pesquisa realizada no TJMG que tinha como objetivo levantar quais assuntos os servidores gostariam que fossem abordados nas palestras, grupos e outros oferecidos pela DISAO.

Ele foi implantado no segundo semestre de 2002, sendo, portanto, o mais recente dos programas da DISAO. Tem como objetivo a reeducação alimentar e o controle do peso, através da disseminação de informações relativas aos riscos à saúde causados pela obesidade e do fornecimento de subsídios (suportes) que auxiliem os servidores no processo de mudança de comportamento e estilo de vida.

a) Desenvolvimento do Programa

Após a divulgação da abertura de um grupo, os servidores inscrevem-se junto à DISAO. Assim como nos outros programas, a participação nos grupos é voluntária, muitas demandas são espontâneas e outras com encaminhamentos da DISAO⁶⁶. O programa é oferecido tanto no Fórum, quanto no Tribunal (política da DISAO).

Antes de iniciarem os grupos, são feitas entrevistas (psicológica, médica e nutricional) e exames laboratoriais básicos. Alguns critérios mínimos são observados para o ingresso de servidores no grupo: o índice de massa corporal - IMC⁶⁷ deve estar entre 25 e 40; a motivação para emagrecer deve estar presente; haver possibilidade de participação em horário distinto ao do trabalho; ausência de transtornos psiquiátricos e, por fim, a ordem cronológica da inscrição.

Os grupos são compostos por doze servidores, com reuniões semanais nos primeiros dois meses, quinzenais nos dois meses seguintes e mensais nos seis meses subseqüentes, perfazendo dez meses.

No início de cada reunião, é realizada a mensuração do peso, depois são desenvolvidas dinâmicas de grupo e orientações dietéticas, fisiológicas, sociais e ainda atividades físicas, conforme agenda. As pessoas precisam do controle externo da balança principalmente durante os primeiros quatro meses, do estímulo, dessas orientações, de trabalhar os vários pontos da vida delas.

Cada reunião é feita para aquele grupo específico:

[...] às vezes a gente quer inserir alguma coisa no cronograma, mas não é o que o grupo está necessitando, está demandando naquele momento. Daí tem que mudar o cronograma todo e com isso muda o horário do técnico que vai entrar no grupo naquele dia, às vezes era para ele entrar, mas não é de você que o grupo está

⁶⁶ Foram detectados nos exames periódicos que muitos servidores estão com sobrepeso, mas essas pessoas ainda não foram abordadas porque a equipe do programa de reeducação alimentar não consegue atender a demanda por serviços. Mas no próprio exame periódico a enfermagem e o médico dão algumas orientações sobre o assunto.

⁶⁷ Este índice é fornecido pela relação peso do indivíduo dividido pela altura ao quadrado, classificando-o dentro de uma tabela.

precisando agora, é de fulano de tal. Então tem toda essa flexibilidade que eu acho importante, porque é o grupo que vai demandar com a gente. E a gente está ali pronta para corresponder (PSICÓLOGA C, 2003).

O programa adota a mesma dinâmica de outros programas de reunião pós-grupo ao final da reunião com o grupo, para discutir o que e como aconteceu aquele encontro e deliberar sobre o cronograma da semana seguinte. Segundo a coordenadora do Programa de Reeducação, um ponto muito forte é a coesão da equipe: “Então é uma equipe muito unida, com muito boa vontade, muito coesa eu acho que este é o ponto principal, ninguém quer ser estrela, ninguém quer aparecer. Todo mundo imbuído, trabalhando pelo mesmo objetivo”. (PSICÓLOGA C, 2003)

b) Resultados esperados

Os resultados esperados são: a redução do peso, assim como a manutenção desta perda, a reeducação dos hábitos alimentares, a incorporação de atividades físicas à vida diária, a compreensão dos fatores emocionais e psicológicos que interferem no ciclo ganha/perda de peso, enfim um bem-estar geral. Para a coordenadora do programa: “Os resultados são bastante encorajadores, embora a gente saiba que para chegar ao 100% é praticamente impossível, porque depende da vontade da pessoa, do seu desejo, mas é um trabalho muito interessante, apesar de desgastante.”

Alguns participantes do grupo emagrecem dentro do esperado, outros não, mas o ganho está em conseguir deter o processo de engordar indo ao encontro do foco do programa, que é a prevenção. Estudos indicam que, ao emagrecer 5 a 10% do seu peso, espera-se um reflexo benéfico na saúde, que a pressão e o colesterol baixem, que o indivíduo não venha desenvolver um diabetes (se houver uma propensão a isso), ou seja, a probabilidade dessas morbidades acontecerem também diminui.

Mas esse processo é muito difícil:

[...] você leva anos arraigando esses hábitos a sua vida e de repente para mudar é um processo de construção gradativo, tijolinho por tijolinho, porque é muito complicado. É um trabalho muito difícil mesmo. Mesmo as pessoas querendo, estando dispostas, mas tem coisas inconscientes que puxam essas pessoas para baixo. É um trabalho que desgasta, que demanda uma energia da equipe (PSICÓLOGA C, 2003).

4.3.2.1.8 Programa de Manutenção da Saúde Corporal –PROMASC

Está inserido dentro das ações de prevenção da LER/DORT, que se iniciaram antes da criação da Divisão de Saúde Ocupacional, e é parte integrante da história de sua criação.

O programa engloba as atividades da Ginástica Laboral, Consciência Corporal e acompanhamento ao servidor com comprometimento osteomuscular⁶⁸, sendo desenvolvidas por uma equipe formada por profissionais de fisioterapia, educação física e terapia ocupacional⁶⁹.

4.3.2.1.8.1 Ginástica Laboral

A Ginástica Laboral - GL iniciou com atividades sem estar inserida dentro de um programa. Ela visa a prevenir o adoecimento músculo-esquelético, através dos exercícios de alongamento e de respiração, da implantação da cultura da pausa e da atividade física, de relaxamento físico e mental durante a jornada de trabalho.

A equipe técnica, que incluía uma fisioterapeuta, ia aos locais de trabalho, convidando as pessoas para fazer atividade física, tentando sensibilizar chefias para que elas sensibilizassem os servidores. Foi difícil a sua implementação, pois normalmente, os servidores argumentam que não há tempo, que eles não têm como interromper a tarefa e, se o

⁶⁸ Trata-se de uma ação assistencialista e será apresentada no item 4.3.2.2.

⁶⁹ Essas profissionais fazem parte também do Comitê de Ergonomia e do Programa de Readaptação e Reinserção Profissional.

fazem, quando retornam, suas mesas estão com pilhas de processos acumulados. Além da resistência dos próprios servidores, existiam dificuldades de aceitação das chefias e dos advogados que não concordavam em ter que aguardar para serem atendidos, enquanto os exercícios eram realizados em corredores e varandas do Fórum. Mas a equipe continuou buscando a participação de todos os setores, mesmo das pessoas que não estavam querendo participar.

A coordenação da Ginástica Laboral é exercida por uma professora de educação física, assessorada pela fisioterapeuta que iniciou essa atividade no TJMG e uma estagiária em fisioterapia, com o objetivo de resgatar este trabalho. Segundo a fisioterapeuta que iniciou a GL no Tribunal: “[...] a gente tentou começar e resgatar tudo de novo, porque a gente está sempre num recomeço” (FISOTERAPEUTA A, 2003).

A equipe optou por mudar a estratégia de sensibilização, fazendo o corpo a corpo, falando com as pessoas de uma forma menos formal do que era antes. Esta sensibilização é acompanhada com uma vivência. A equipe faz a Ginástica Laboral e depois solicita que os servidores dêem um feed-back de como estão se sentindo:

Porque a pessoa tem que estar sentindo no seu próprio corpo que está fazendo bem, que ela está mais disposta e começa a ver a necessidade de incorporar a GL nos seus hábitos. [...] O retorno dos que já incorporaram a GL é bom, mas os que ainda não incorporaram o hábito, realmente é complicado (FISOTERAPEUTA A, 2003).

Outra mudança de estratégia foi deixar que o servidor, após vivenciar a GL, se estivesse interessado em participar das atividades, procurasse a DISAO, para só então a equipe voltar a abordá-lo: “Porque fica mais digno, também, menos penoso do que ficar toda hora buscando. Porque, afinal de contas, a gente está oferecendo um programa para a melhoria da qualidade de vida deles e eles têm que ser os maiores interessados” (FISOTERAPEUTA A, 2003).

Essa mudança de abordagem levou a uma diminuição substancial da clientela, mas, segundo a equipe, quem optou por fazer a Ginástica Laboral, faz com prazer. Essa redução da clientela permitiu que o trabalho passasse a ser mais efetivo.

Optou-se por deixar os corredores, as varandas e trazer a GL para dentro dos locais de trabalho através de **facilitadores**, que são funcionários do próprio setor que recebem orientações e lhes é delegada a função de fazer as vivências. Isto tem permitido que o trabalho seja mais efetivo, com a presença da equipe apenas periodicamente nos locais de trabalho. Inicialmente, a meta era passar pelo uma vez por mês, em alguns setores em vez de quinzenalmente. Atualmente a meta são visitas semanais. Os setores estão sendo distribuídos entre as profissionais da equipe. Segundo elas, se não estiverem sempre presentes, a Ginástica Laboral se perde.

4.3.2.1.8.2 Consciência Corporal

As atividades da **Consciência Corporal** começaram dentro do Programa de Estresse, trabalhando somente com os que estavam participando daquele programa e, depois, estendeu sua atuação para aquelas pessoas que tinham uma queixa vaga de dor no corpo ou problema postural.

A Consciência Corporal tem como objetivo que o servidor perceba seu corpo, aprenda a respeitar seu ritmo, perceba as mudanças posturais, tome maior contato consigo mesmo e com o espaço ao seu redor.

Os servidores com queixas de dor, já estavam fazendo a GL, que amenizava o problema, mas não era suficiente. A equipe, então, implantou o trabalho de Consciência Corporal para essa clientela, que não tem um adoecimento grave.

Como as fisioterapeutas estão habilitadas a trabalhar as questões de desvios posturais, incluíram nas atividades da **Consciência Corporal** a **Reeducação Postural**.

Uma fisioterapeuta faz atividades de alongamento, dando enfoque na Reeducação Postural, com ênfase nas posturas mais adotadas no trabalho no Judiciário⁷⁰, que têm um reflexo maior no corpo. São incentivados os alongamentos com atividades voltadas para atingir essas determinadas áreas do corpo.

a) Desenvolvimento do Programa

O programa era desenvolvido ao longo de dois meses, com encontros semanais de duração de uma hora, realizados para um grupo de cinco servidores. Porém a duração de dois meses demonstrou não ser suficiente para a realização dos trabalhos, pois quando as pessoas estavam começando a melhorar, a ter uma flexibilidade, a estar com um reconhecimento bom do seu corpo, os encontros terminavam. Foi estendida a duração para três meses, ainda com um encontro semanal de uma hora de duração.

A Consciência Corporal trabalha com pessoas saudáveis, pois elas têm que estar aptas para participar do grupo. Os participantes são avaliados e, caso não estejam aptos, a própria equipe atende na clínica ou encaminha para tratamento externo. Só quando a pessoa retorna apta, participa das atividades da Consciência Corporal.

Atualmente, as atividades em grupo estão sendo realizadas somente no Fórum, pois o espaço existente no Tribunal foi utilizado para outro fim.

Além das atividades em grupo realizadas pelos programas, dentro do Programa de Prevenção e Atendimento ao Estresse existe uma parceria com o Comitê de Ergonomia com o qual desenvolvem algumas atividades já relatadas anteriormente quando abordamos as atividades do Comitê.

⁷⁰ O conhecimento do trabalho no Judiciário é premissa para a realização dos programas.

No início dos cursos de informática realizados na Escola Judicial, o **Comitê de Ergonomia** faz uma palestra e uma vivência de **Ginástica Laboral e Consciência Corporal** para os servidores, incentivando-os a participar dessas atividades.

O **Comitê de Ergonomia**, quando vai a um posto de trabalho, faz os ajustes de acordo com o tipo físico do servidor. A seguir, a **Ginástica Laboral** passa os exercícios com enfoque na consciência corporal, propiciando a manutenção de uma “postura boa” durante o trabalho, aliando-se o ajuste do posto a um corpo mais harmonioso para lidar com o trabalho sentado, com digitação, com escrita e leitura, característico no Judiciário.

4.3.2.2 Ações assistenciais desenvolvidas pela DISAO

Além das ações preventivas de saúde desenvolvidas pelos programas, os profissionais da área médica atendem as intercorrências clínicas e a psicologia e o PROMASC fazem alguns acompanhamentos clínicos; outro acompanhamento sistemático é feito pelo Programa de Readaptação e Reinserção Profissional.

4.3.2.2.1 Intercorrências clínicas

Quando o serviço médico mudou seu foco de assistencialista para trabalhar com a prevenção, houve muitas reclamações dos servidores quanto ao atendimento médico que, segundo eles, havia piorado devido ao fato de não serem mais disponibilizadas as consultas clínicas de rotina.

Como não foi viável a contratação de um plano de saúde como proposto no “1º Seminário de Reestruturação da DIRAS”, os admitidos por concurso público continuam a receber assistência médica do Hospital Governador Israel Pinheiro, mediante contribuição

mensal obrigatória para o Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – IPSEMG. Esta assistência e os serviços do SUS são considerados insuficientes pelos servidores, o que os leva a contratar planos de saúde privados.

Atualmente, no entanto, ainda é elevado o número de intercorrências clínicas, responsáveis por uma grande parte dos atendimentos médicos e de enfermagem prestados pela DISAO. Esses atendimentos são restritos (não assistencial) e prestados a todos os servidores (inclusive empregados de empresas terceirizadas) e magistrados, somente nos casos de urgência que ocorram durante a jornada de trabalho e requeiram uma avaliação imediata. Este primeiro atendimento pode levar à adoção das seguintes medidas: retorno ao trabalho, concessão de licença médica do dia (ou no máximo 3 dias), encaminhamento ao médico assistente ou ao serviço de urgência e emissão de Boletim de Acidente de Trabalho - BAT⁷¹.

Segundo depoimento de um dos médicos:

Nós não somos médicos dos pacientes [...] A função nossa aqui da saúde ocupacional é preventiva a nível de Programa de Saúde Ocupacional. Atendemos as emergências que aparecem aqui, estas coisas mais comuns, raramente acontece uma coisa mais grave, mas a gente tem que estar aqui. A gente está num poder que é o Judiciário, os desembargadores todos trabalham aqui, eles têm uma imagem da gente como um serviço que foi feito para eles. A gente não tem conseguido quebrar totalmente esta imagem de que a gente não está aqui para isso, porque se acontecer de morrer um desembargador aqui e não tiver um médico, vai ser difícil (MÉDICO B, 2003).

4.3.2.2.2 Abordagem psicológica

A abordagem da psicologia na DISAO não é clínica e sim orientada no sentido de investigar de que forma o trabalho no Judiciário está contribuindo para dificultar a integração do servidor na Instituição. Em situações de conflitos momentâneos, o servidor é acompanhado até a sua reintegração ao trabalho. A abordagem da psicologia é, portanto, centrada no **trabalho**.

⁷¹ O BAT foi concebido nos moldes da Comunicação de Acidentes de Trabalho - CAT da CLT, com o objetivo de registrar os acidentes de trabalho para respaldar futuras aposentadorias por invalidez.

Casos, nos quais o servidor necessite de tratamento ou de acompanhamento sistemático, são encaminhados para profissional externo. A demanda por serviços é muito elevada, segundo uma das psicólogas, é muito difícil fazer uma abordagem clínica dentro de uma Instituição para a qual você trabalha:

A neutralidade do profissional fica comprometida. Eu costumo dizer que nós somos colegas dos pacientes que nós temos aqui. Colegas de trabalho deles, submetidos às mesmas hierarquias, com as mesmas pressões no trabalho, com o mesmo contexto social de trabalho. Então, às vezes fica muito difícil você manejar isso clinicamente. Então, esse olhar exclusivamente clínico a gente é muito cuidadoso com ele (PSICÓLOGA A, 2003).

4.3.2.2.3 Acompanhamento ao servidor com comprometimento osteomuscular

Outra atividade desenvolvida pelo PROMASC, que, no entanto **não possui caráter preventivo**, é o **acompanhamento ao servidor com comprometimento osteomuscular**.

Este trabalho foi criado para preencher uma lacuna existente entre a **prevenção** e a **readaptação**. Muitos servidores recebiam alta da perícia médica, mas ainda não estavam aptos a serem readaptados, pois continuavam com problemas osteomusculares.

As demandas vêm dos programas da DISAO, do Comitê de Ergonomia, da massoterapia, dos exames periódicos, dos médicos clínicos e da psicologia.

É um trabalho clínico de reabilitação através de acompanhamento fisioterápico e terapêutico ocupacional, com frequência de duas ou três vezes por semana, num total de vinte sessões. A equipe possui instrumentos terapêuticos e aparelhos fisioterápicos, conseguindo atender precocemente sem necessitar afastar o servidor do trabalho. Somente após o diagnóstico clínico, o profissional da equipe define o tratamento. Caso a pessoa não tenha passado por um médico externo, é encaminhada para os médicos da DISAO a fim de realizar o diagnóstico.

Alguns casos agudos, por exemplo, um torcicolo pode tornar-se crônico se não tratado precocemente, e a prevenção é de fácil intervenção. Se a equipe não tem condições de atender, são feitos encaminhamentos, indicados profissionais específicos de acordo com o problema, sendo referência para os servidores.

O programa tem muitas dificuldades: não consegue atender a demanda, não possui um local adequado, o número de profissionais é insuficiente (fazem parte de outros programas), mas a equipe continua empenhada em desenvolvê-lo.

4.3.2.2.4 Programa de Readaptação e Reinserção Profissional

O Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Minas Gerais, que remonta a 1952, já previa a readaptação e remetia à regulamentação própria, que, no entanto não ocorreu.

Sem a regulamentação, a área médica não podia legalmente estabelecer procedimentos, trabalhando empiricamente.

Somente em abril de 1997, uma ordem de serviço da Diretoria Geral do Tribunal de Justiça designou um Grupo de Trabalho para regulamentar as situações de servidores que, devido a problemas de saúde, não podiam exercer as funções do seu cargo. Este grupo realizou algumas reuniões, mas os trabalhos não evoluíram.

Esta inércia foi quebrada no mês de junho daquele ano, quando a Diretoria de Pessoal recebeu uma correspondência de um escrevente judicial acometido por problemas musculoesqueléticos, que solicitava mudança de função para outro cargo onde os serviços de datilografia e digitação fossem menos intensos, mesmo que isso implicasse em perda salarial. Essa reivindicação por melhores condições de trabalho foi negada, pela não existência de amparo legal.

O problema foi rediscutido e, em março de 1998, a Diretoria Geral designou um outro Grupo de Trabalho com o propósito de regulamentar a readaptação profissional.

Após a criação da Divisão de Saúde Ocupacional e subseqüentes discussões, o programa foi denominado Programa de Readaptação e Reinserção Profissional, tornando-se integrante do “Manual de Procedimentos”. Ele foi instituído em junho de 1999, por uma portaria da Presidência do Tribunal de Justiça, que estabeleceu a Equipe de Readaptação e Reinserção Profissional.

a) O programa

O programa abrange a Secretaria do Tribunal de Justiça, o Fórum Lafayette, os Juizados Especiais de Belo Horizonte (Cível, Relações de Consumo, Infância e Juventude), as comarcas do interior e os pólos regionais, totalizando aproximadamente nove mil servidores⁷².

A coordenação do programa no Tribunal e nas comarcas do interior, que ainda não são atingidas pela regionalização, fica a cargo de um médico, no Fórum Lafayette, de uma enfermeira e nos pólos, pelo médico da própria regional, que tem autonomia em todos os casos.

Embora seja um programa inserido nas ações da DISAO, **não possui caráter preventivo**, tendo como objetivo desenvolver ações que visam à readaptação ou reinserção de servidores afastados pela perícia médica em virtude de alterações de seu estado de saúde.

As principais patologias apresentadas pelos servidores encaminhados ao programa são das áreas osteomuscular e mental. A reinserção ou a readaptação desse servidor no seu ambiente de trabalho é realizada dependendo do grau de comprometimento do servidor, da avaliação médica e psicossocial e das atividades de trabalho que o cargo exige.

⁷² Neste número não estão inclusos os contratados como função pública.

Na **readaptação**, o servidor apresenta comprometimento orgânico e/ou psicológico que lhe impossibilita voltar a exercer plenamente as suas funções, mas possui potencial laborativo residual, indo ao encontro dos interesses tanto dos servidores quanto da Instituição.

Na **reinserção**, o servidor tem condições de retornar para a mesma função, não necessitando ser readaptado.

b) Desenvolvimento do programa

O programa inicia-se a partir do encaminhamento pela perícia do servidor que se encontra em afastamento para tratamento de saúde.

Primeiramente, avalia-se o caso para verificar a necessidade de reinserção ou readaptação. A seguir, é feita uma abordagem psicológica, se necessário do serviço social, para fazer um primeiro contato com o servidor, apresentando-lhe a DISAO e seus programas. Paralelamente, o servidor continua sendo acompanhado pela perícia médica.

A coordenação do programa analisa a problemática do servidor e sua demanda por atendimento, constituindo um pequeno núcleo formado por profissionais da equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional e massoterapeuta) que irá acompanhar o caso. Cada caso é singular, recebendo atenção específica.

Cada caso é uma construção, cada caso tem uma ação específica para ele. Tem caso que não convém à gente ir ao setor de trabalho, pela exposição do servidor, por uma outra coisa relevante neste contexto. [...] Toda uma construção feita com o servidor, o ponto de referência é a pessoa (MÉDICO B, 2003).

Na **readaptação**, quando o afastamento é devido ao adoecimento relacionado a LER/DORT, um profissional do Comitê de Ergonomia passa a integrar a equipe com o

objetivo de adequar a atividade ao servidor, além de orientá-lo na sua execução, sempre tendo como premissa o estado de saúde apresentado pelo servidor no momento da readaptação.

Na **reinserção**, a equipe avalia o local de trabalho e estabelece vínculos, propiciando uma melhor acolhida do servidor, quando do seu retorno ao trabalho após afastamento por problemas de saúde. O Comitê de Ergonomia e a fisioterapia orientam o servidor no seu próprio posto, favorecendo a prevenção de agravos à saúde.

Nas comarcas do interior, o juiz é a autoridade máxima, não sendo possível ultrapassá-la. As negociações geralmente são difíceis, mas, na maioria dos casos de **readaptação**, a equipe conta com a colaboração dos juizes. A negativa do juiz, inviabilizando a readaptação, poderá ter como consequência a aposentadoria precoce do servidor.

Muitas das negociações realizadas pela coordenação do programa do Tribunal com os juizes do interior são via telefone, inclusive a preparação da ida da equipe para a comarca, principalmente quanto aos objetivos do programa e o desenvolvimento das atividades da equipe.

c) Dificuldades

Desde a implantação do programa, ficou estabelecido que caberia à perícia médica encaminhar precocemente o servidor, uma vez que a vivência da equipe indica que, quando a saúde ocupacional entra precocemente no caso, a evolução é melhor, abreviando o afastamento ou mesmo encaminhando para o acompanhamento da readaptação. Mas esse fluxo ainda não é satisfatório, sendo um dos maiores obstáculos impostos ao programa, pois a porta de entrada do programa é a perícia. Portanto, o diálogo e a interação com a perícia são fundamentais para o êxito do programa.

Com a informatização da perícia, os profissionais da DISAO estão recebendo relatórios semanais das licenças médicas, sendo constatados casos de servidores afastados há um ano, que não foram encaminhados ao programa. Principalmente servidores do interior que somente mandam os atestados.

O coordenador, referindo-se ao Seminário do DESAP ocorrido em abril de 2003: “Tivemos no sábado passado grandes pegadas com a perícia com relação a esse fluxo” (MÉDICO B, 2003).

Além disso, existem conflitos no posicionamento da saúde ocupacional em relação ao da perícia, que quer um retorno mais precoce do servidor ao trabalho, quando a readaptação ainda não concluiu as negociações para o retorno.

A coordenação do programa algumas vezes necessita negociar também com a perícia médica:

A gente tem que ter reuniões com a perícia, um desgaste pessoal, muitas vezes para poder olhar melhor o servidor. Porque a perícia tem um olhar pericial, que é um olhar mais frio mesmo, mais duro. E a gente tem uma visão mais completa do caso, vê que o juiz não quer receber. A gente está quebrando um pouco a resistência do juiz, então o servidor voltar naquele momento é inadequado. A gente tenta convencer a perícia, mas às vezes não consegue (MÉDICO B, 2003).

Quando as duas divisões não conseguem entrar num consenso, o caso é encaminhado ao Diretor do Departamento de Saúde Ocupacional e Perícias, que também é médico, ele redefine ou leva para a administração, porque em algumas situações o problema torna-se mais administrativo do que médico.

d) Limites restritivos à readaptação

A organização do trabalho da primeira instância, após as análises do trabalho, foi diagnosticada como fonte de adoecimento por LER/DORT:

No Judiciário tem uma dinâmica de trabalho bem específica, a nível de autoridade, a nível de gerenciamento de pessoal, interpessoal até na execução das tarefas mesmo.

É um poder que está sob pressão social da mídia para cumprir seu papel. A gente tem uma explosão de demanda e o não acompanhamento do número de servidores e de magistrados para dar vazão a esta demanda. A pressão social é muito grande, a pressão psicológica é muito grande, a pressão temporal que é exercida sobre o servidor é muito grande, fora a atividade emotiva, cognitiva que é muita. Tendo em vista a especificidade do escrevente judicial principalmente (MÉDICO B, 2003).

A autoridade e a capacidade gerencial do juiz é uma questão muito importante para o sucesso da readaptação. Esta problemática é uma preocupação do TJMG. Os juizes admitidos nos últimos anos, antes de assumir, fazem um curso na Escola Judicial, cuja programação inclui uma palestra com **noções básicas de ergonomia e do que é a organização do trabalho no judiciário**, propiciando a esses magistrados uma visão mais administrativa. O mesmo não aconteceu com alguns juizes mais antigos, que ainda possuem uma postura autoritária, o que inviabiliza a readaptação.

Existem impedimentos administrativos⁷³ e legais que impossibilitam a readaptação:

- 1) Os servidores não concursados, a função pública⁷⁴, são contratados paralelamente ao concurso público, por indicação de juizes e magistrados. A função pública adquire os direitos que o servidor efetivo, mas não pode ser legalmente readaptado.
- 2) O escrivão e assistente social também não podem ser readaptados pela legislação em vigor. Se não puderem exercer a função têm que ser aposentados.
- 3) O oficial de justiça é um cargo que também depende da vontade do juiz para ser readaptado porque ele não poderia ser deslocado para trabalho interno. Quando um oficial de justiça está afastado por impedimento médico, o juiz pode contratar outro a título precário⁷⁵. Se o oficial de justiça retornar para trabalhar internamente no fórum, volta a ocupar sua vaga e o outro oficial de justiça contratado tem que ser demitido.

⁷³ Diante das dificuldades de readaptação impostas pelos impedimentos administrativo e a da anuência do juiz nos casos, os técnicos do programa passaram a se reunir para discutir esta problemática. Sendo criada no início do ano de 2002, pelo presidente do Tribunal, uma comissão que ainda no primeiro semestre daquele ano apresentou uma minuta de resolução para a administração, ainda não aprovada.

⁷⁴ Segundo relatos existem pessoas há aproximadamente vinte anos em função pública.

⁷⁵ O contrato a título precário é um contrato de mão-de-obra temporária.

Existe marginalização e discriminação de servidores readaptados, principalmente os por DORT porque, segundo o médico: “As doenças osteomusculares muitas vezes não são aparentes, provocam muita dor, mas as pessoas acham que ela está simulando” (MÉDICO B, 2003).

A questão do estigma:

Muitos servidores que são aqueles obsessivos, perfeccionistas, são aqueles que desenvolvem muito DORT, porque trabalham demais, muito atarefados. Porque ele acha que dá conta de tudo. Acaba criando este estigma da invalidez da impotência, que ele não é mais o mesmo. Acaba tendo o estigma social também do inválido, incapaz (MÉDICO B, 2003).

e) Alguns números da readaptação profissional

No primeiro semestre de 2002, ocorreram cinquenta e cinco casos de readaptação, sendo vinte e sete nas comarcas do interior, nove no Tribunal, dezesseis no Fórum Lafayette e três distribuídos entre o Juizado Especial Civil, o Juizado Especial Criminal e o Juizado da Infância e Juventude.

O problema psiquiátrico, com vinte e quatro casos (43%), foi o que mais levou à readaptação; em segundo, DORT, com 17 casos (31%), em terceiro, o alcoolismo, com oito casos (15%) e seis casos com outros problemas (11%). Estes números reforçam a tese de que os principais problemas de saúde no Judiciário Mineiro são os psiquiátricos e os osteomusculares.

Os técnicos do Departamento de Saúde Ocupacional e Perícias – DESAP entendem que ainda possui muitas metas a alcançar em relação à prevenção dos danos à saúde dos seus servidores e magistrados, como ter levantamento epidemiológico e o controle estatístico do absenteísmo no Tribunal. Mas as avaliações dos programas vêm demonstrando que as ações desenvolvidas pela DISAO têm contribuído para a melhoria da qualidade de vida dos servidores e magistrados do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.

5 A CONSTRUÇÃO DA ABORDAGEM DE PREVENÇÃO DOS DANOS À SAÚDE DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

A corrente francesa da ergonomia, que apoia alguns dos profissionais brasileiros, defende que, antes de qualquer proposta de mudança no contexto das atividades laborais, deve-se primeiro compreender o trabalho, pois só dessa forma haverá possibilidades de transformá-lo com o objetivo de melhorar as condições de vida do trabalhador.

Esta concepção adota um conceito de saúde como um processo dinâmico e abrangente construído pelo trabalhador em suas vivências diárias. Por isso, este último deve estar envolvido sempre que se pensar em programas de prevenção dos danos à sua saúde.

A pesquisadora, ao entrar em contato com os modelos de prevenção dos danos à saúde, já mencionados, optou por realizar um estudo de caso e posterior análise descritiva da abordagem desenvolvida pelo TJMG, utilizando-se, para tal, das categorias por ela eleitas, citadas na metodologia da pesquisa, as quais seguem: referencial teórico, constituição da equipe, organização do trabalho, métodos e instrumentos utilizados e controle e implementação do modelo.

A seguir, serão evidenciadas algumas sínteses, elaboradas a partir da análise das categorias.

5.1 Referencial teórico

Na fase exploratória do estudo, a pesquisadora invariavelmente entrou em contato com duas abordagens de prevenção dos danos à saúde dos trabalhadores.

A primeira refletia o modelo tradicionalmente adotado no Brasil, que leva em conta somente os risco, através dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho e das Comissões Internas de Prevenção.

Este modelo tem como referencial teórico um conjunto de leis que normatiza autoritariamente como devem ser desenvolvidas as políticas de prevenção. Mas o que se verifica na prática é a não consolidação de ações que beneficiem a saúde do trabalhador. Isto ocorre porque as competências não estão bem definidas principalmente no âmbito dos Ministérios da Saúde e Trabalho e Emprego.

A abordagem produzida no TJMG leva em conta as condições em que o trabalho é realizado, utilizando-se para isto de princípios da Ergonomia da Atividade Profissional – EAP, tendo o mérito do desenvolvimento de um trabalho de prevenção, embasado em atitudes profissionais interdisciplinares, favorecendo por meio delas o envolvimento e a compreensão de todos os participantes nos processos de construção e manutenção de políticas preventivistas.

5.2. Constituição da equipe

Em relação à constituição das equipes necessárias para desenvolver os modelos de prevenção, no modelo SESMT ela é constituída por especialistas (engenheiros, médicos, enfermeiros, técnicos de segurança e auxiliares de enfermagem do trabalho), com atribuições

normatizadas por leis, leva-se em conta só saber técnico que esses profissionais são detentores.

Na abordagem pesquisada, a equipe é composta por profissionais de diversas áreas do conhecimento humano, adotando como critério para seu funcionamento o trabalho interdisciplinar, evidenciado no capítulo anterior. Trabalhar interdisciplinarmente, como ocorre com a equipe da DISAO, envolve uma construção que depende do comprometimento de todos os membros, pois não existem modelos fechados de atuação, e sim, parcerias que se consolidam a partir das finalidades a serem atingidas.

5.3. Organização do trabalho

A organização do trabalho das equipes que atuam na prevenção dos danos à saúde do trabalhador dependerá de fatores, como: a forma de atuação dos membros da equipe, do local onde a atividade será desenvolvida, dos recursos materiais e financeiros disponíveis, da forma de gerenciamento, capacitação da equipe e da jornada de trabalho dos profissionais.

No caso específico da abordagem estudada, não há rigidez na forma de atuação dos profissionais, geralmente atuando em equipes, que se formam dependendo das demandas dos programas; o gerenciamento da equipe é aberto, havendo por parte da coordenação da DISAO, a delegação de poderes aos integrantes, a fim de atuarem como coordenadores dos programas; ressalta-se a busca constante de formação continuada por parte dos integrantes da equipe. Esta busca por conhecimentos transcende a jornada regular de trabalho.

5.4. Métodos e instrumentos utilizados

Quanto aos métodos e instrumentos adotados nos modelos estudados, no tradicionalmente adotado no Brasil identificou-se a sistematização e normatização, para obedecer a critérios previamente estabelecidos na legislação.

A abordagem da DISAO é mais ampla, diagnosticando nas situações de trabalho, determinantes que possam estar causando ou vir a causar danos à saúde dos trabalhadores, por meio de pesquisa ergonômica.

Os programas da DISAO utilizam terapias alternativas fundamentadas em estudos desenvolvidos pela equipe. Como já foi mencionado, há uma preocupação preventiva muito significativa. Em contra partida, pelos relatos dos membros da equipe da DISAO, conclui-se que eles gozam por parte dos servidores e magistrados de correspondente credibilidade, considerando-se ser esta uma das chaves fundamentais do sucesso do trabalho.

5.5. Controle e implementação do modelo

Tradicionalmente o que existe é um controle externo dos órgãos fiscalizadores, responsáveis (Ministério do Trabalho e Emprego e SUS) pelo cumprimento das leis. Algumas empresas, para avaliar o resultados dos programas de saúde e segurança do trabalhador, buscam as certificações de qualidade objetivando quantificar resultados. Nesse modelo de avaliação, não se consegue identificar sistemas de acompanhamento que propiciem as implementações necessárias, tanto é que o referido modelo, com algumas adequações, persiste desde a década de setenta.

O processo de avaliação e de retroalimentação da abordagem do TJMG é dinâmico e acontece concomitantemente ao desenvolvimento dos programas. Constatada a

necessidade, iniciam-se estudos e planejamento para atendê-la. A avaliação é e não somente do resultado. Como todas as ações desenvolvem-se através de processo democrático do processo, todos se sentem responsáveis pelo sucesso ou pelo fracasso dessas ações.

O estudo desta abordagem mostrou que não são as leis que garantem a implantação e implementação de políticas de prevenção, mas a busca incessante, a construção social de uma equipe que almeja a melhoria da qualidade de vida de magistrados e servidores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da abordagem estudada, que foi construída socialmente no enfrentamento da realidade, sem mascarar os riscos que são inerentes a todas as atividades laborais, fundamentou a pesquisadora na sua busca de um modelo de prevenção dos danos à saúde do trabalhador, ajudando-a a construir uma abordagem que pudesse estar contribuindo na solução dos problemas diagnosticados pelos da equipe do SESMT, da Prefeitura Municipal de Joinville, a qual integra.

A pesquisadora foi a campo buscando compreender a construção da abordagem de prevenção dos danos à saúde dos servidores e magistrados, desenvolvida pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Para tal, por meio de estudo documental e da narrativa dos atores sociais, elaborou a memória do modelo, analisando descritivamente as experiências e as informações coletadas e relatadas. Isto possibilitou a identificação das singularidades e relevância da abordagem estudada, demonstrando que possuiu elementos que viabilizaram a pesquisadora, à resolução de seu problema de pesquisa.

O modelo estudado foi construído ao longo da história profissional dos integrantes da equipe, que no exercício de suas atividades, desde a década de setenta, buscavam soluções para resolver os problemas, principalmente os casos de LER/DORT, que se deparavam no exercício de funções. Esta busca teve foco na prevenção dos danos à saúde dos servidores e magistrados, e propiciou uma reestruturação do Serviço Médico, com a adoção de uma visão

diferenciada de saúde, não exclusivamente médica, a ser desenvolvida através da constituição de uma equipe **interdisciplinar**, com vários saberes. O convênio com a Universidade Federal de Minas Gerais que tinha como objetivo a realização de um estudo ergonômico do trabalho do Judiciário Mineiro possibilitou a formação-ação de uma equipe multidisciplinar que realizou o estudo em caráter voluntário. Este estudo propiciou também a união deste grupo de servidores em torno da melhoria da qualidade de vida do servidor.

A participação dos servidores, pertencentes aos setores analisados no estudo, quando da validação dos resultados, resultou na reestruturação da DIRAS e na criação DESAP, em 1999, solidificando a abordagem preventiva na estrutura do TJMG.

A equipe da DISAO implementou várias ações, visando à saúde dos trabalhadores do Judiciário Mineiro. Para garantir que o ganho na gestão de um Presidente não seja perdido na gestão seguinte, a equipe busca a edição de dispositivos legais para ter amparo dentro da própria Instituição.

Na criação do DESAP foram considerados os pontos positivos do modelo SESMT, a fim de se buscar subsídios nos programas constantes nas NR's, como por exemplo, o PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais e PCMSO – Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional, cuja não obrigatoriedade permitiu que eles fossem adaptados às necessidades e às peculiaridades do trabalho no Judiciário.

O estudo demonstrou que apesar da sua singularidade, a abordagem pesquisada é passível de ser aplicada em outros contextos sociais com as devidas adaptações de acordo com as peculiaridades das atividades de trabalho desenvolvidas.

Ressalta-se que as peculiaridades identificadas nesta abordagem são originais em relação às encontradas pela pesquisadora na literatura específica. No encerramento deste relato optou-se por distinguir aquelas mais visíveis, portanto para o estudo as mais relevantes que emergiram no processo de análise da realidade descrita.

- ✓ A busca pela legislação deve ser superada, na adoção dos programas, a busca que prevalece é a da resolução dos problemas diagnosticados através da compreensão do trabalho real.
- ✓ Não basta construção social, a compreensão da situação do trabalho, o necessário é transcender para a adoção de políticas de prevenção.
- ✓ O que faz a diferença no trabalho de equipe são as ações conjuntas, o trabalho interdisciplinar, a superação do modelo dos “especialistas”.
- ✓ Não basta o conhecimento inicial sobre determinados temas ou realidades, é fundamental uma política de formação continuada dos membros que compõe equipes que trabalham a prevenção dos danos à saúde do trabalhador.
- ✓ O gerenciamento descentralizado com delegações de poderes propicia que os membros da equipe assumam responsabilidades e horários não previstos na regulamentação de suas funções.
- ✓ Só a credibilidade alcançada por meio de experiências de sucesso e de admissão de fracassos utilizados como parâmetros de avaliação, possibilitará que os servidores se engajem nas propostas de intervenção da equipe.

O estudo teve algumas limitações devido à delimitação espacial e sua abrangência, pois na fase exploratória a pesquisadora identificou como campo de pesquisa o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais com sede em Belo Horizonte. Em função de aspectos econômicos (utilização de recursos financeiros próprios) e do tempo que a pesquisadora dispunha para ficar no campo foi necessário restringir os sujeitos do estudo, optando-se por entrevistar somente os profissionais envolvidos diretamente na criação e implementação abordagem. Ressalta-se que os trabalhadores – servidores/magistrados – beneficiários dos programas da DISAO não participaram da pesquisa, suas opiniões quanto à abordagem de prevenção dos danos à saúde adotada pelo TJMG, foram fornecidas

indiretamente através dos depoimentos dos que procuram os programas e, portanto adeptos a eles.

Dentre as conclusões, que este estudo possibilitou, considera-se importante – **a relação prazerosa que é estabelecida no desenvolvimento das atividades dos Programas, numa demonstração que o trabalho também poder ser terapêutico para quem o exerce.**

Às vezes a gente diz isso, aí dá aquele baixo astral, aquela falta de energia, mas aí você retoma de novo. Eu posso te dizer que não foi fácil, você pode ter certeza que é uma coisa difícil complicada. Mas a gente tem que pensar assim a médio e longo prazo, se você baixa a expectativa, baixa a ansiedade de não querer fazer tudo, de ir construindo a coisa pouco a pouco eu acho que fica mais suave, com o apoio da equipe. Um apoiava o outro. Não é assim mesmo? Pode saber que foi assim uma dureza, foi difícil mesmo [...] É um enriquecimento profissional também. Um exercício de vida mesmo, você sabe ouvir o que o outro está dizendo, respeitar a opinião apesar de você não concordar em nada você aceitar, argumentar, e contra-argumentar. Não é um trabalho fácil, não é mesmo. Agora está mais tranqüilo, mas não foi fácil mesmo! (Psicóloga C, 2003).

Este estudo é uma contribuição para as muitas análises que, provavelmente, estão ocorrendo ou ocorrerão sobre o a “Construção de Abordagens de Prevenção dos Danos à Saúde do Trabalhador”.

A pesquisadora entende ainda que os resultados deste estudo podem subsidiar outros estudos e ações com vistas a desenvolver conhecimentos aplicados, visando à melhoria da qualidade de vida no trabalho dos servidores públicos, como engenheira de segurança do trabalho que atua numa Prefeitura Municipal, espera oferecer elementos para que os profissionais que atuam em áreas a fins, repensem suas concepções e práticas.

Esta é uma única análise dentre as muitas possíveis.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. M.; REZENDE, M. C. V.; ASSUNÇÃO A. A. As condições de trabalho do Setor de Reprografia: o caso do Judiciário. In: ABERGO 2002, Recife. **Anais...** Recife: ABERGO, 2002. 1 CD-ROM.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. As ciências sociais são ciências. In: _____. **O método nas ciências sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1998. p. 111-188.

ASSUNÇÃO, A. A. **Estudos contemporâneos das relações saúde e trabalho**: contribuição para um debate. Belo Horizonte, 23 p. Trabalho não publicado.

ASSUNÇÃO, A. A.; LIMA, F. P. A. A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade no trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. 2. ed. rev. atual.. São Paulo: Atheneu, 2003. v.2, p. 1767-1789.

ASSUNÇÃO, A. A.; LIMA, F. P. A.; LIMA, M. E. A. **Avaliação das condições ergonômicas e psicossociais de trabalho no Tribunal de Justiça – MG**. Belo Horizonte, 1998. Trabalho não publicado.

ASSUNÇÃO, A. A.; PEREIRA, P. V. A.; REZENDE, M. C. V. Quando trabalhar solicita habilidades para ladear uma situação conflituosa: o caso dos oficiais de justiça. In: ABERGO, 2001, Gramado. **Anais...** Gramado, ABERGO, 2001. CD-ROM.

ATLAS. **Segurança e Medicina do Trabalho**. 50. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 696 p.

BARCELLOS, P., BOSSLE, D., VIEGAS, C., BOSSOLAN, E. Eles estão Nus – Servidor estatutário sofre com falta de lei específica para reger sua segurança e saúde. **Revista Proteção**, Novo Hamburgo, n. 129, p. 34-46, set. 2002.

BIAGI, M. Consultation and Information on health and safety. In: _____. **Encyclopaedia of occupational health and safety**. [S.l.]: Ed. Geneve, 1998. v. 1, p. 25-28.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em <http://www.senado.gov.br/legisla.htm>. Acesso em: 05 ago. 2003.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?e=l&c=1718>. Acesso em: 04 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em: 06 out. 2003.

_____. Lei Orgânica da Saúde (1990). Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169. Acesso em: 06 out. 2003.

_____. Lei Orgânica da Saúde (1990). Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de Saúde e dá outras providências. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169. Acesso em: 06 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/seg_m_t. Acesso em: 06 de out. de 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/seg_m_t. Acesso em: 06 de out. de 2003.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Boletim Contato**. Brasília, n. 4, jul. 2003. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br>. Acesso em: 10 de ago. de 2003.

DAUBAS-LETOURNEUX, V.; THÉBAUD-MONY, A. **Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne**. Luxemburg: Office des Publications Officielles des Communautés européennes, 2002. 101 p.. Disponível em <<http://www.eurofound.ie/publicacoes/files/EF0203fr.pdf>> Acesso em: 22 jan. 2003.

DANIELLOU, F; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 17, n.68, p. 5-11, dez. 1989.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. Tradução de Leda Leal Ferreira. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.14, n. 54, p. 7-11, abr./jun. 1986.

FERREIRA, L. L.; GONZAGA, M. C.; DONATELLI, S.; BUSSACOS, M. A. **Análise Coletiva do Trabalho dos Cortadores de Cana da Região de Araraquara, São Paulo**. São Paulo: FUNDACENTRO, 1998. 57 p.

GARRIGOU, A.; WEILL-FASSINA, A.; BRUN, J. As atividades dos profissionais de prevenção: uma problemática desconhecida. In: ABERGO 1999, Salvador. **Anais...** Salvador: ABERGO, 1999. 1 CD-ROM.

GUÉRIN, F.; LAVILLE, A.; DANIELLOU, F.; DURAFFOURG, J.; KERGUELEN, A. **Comprender o trabalho para transformá-lo**. Tradução de Giliane M. J. Ingratta e Marcos Maffei. São Paulo: Ed. Edgard Blücher Ltda, 1997. 488 p.

JACKSON FILHO, J. M.; AMORIM, J. L. A introdução de políticas de ergonomia na indústria: missão para os engenheiros de segurança?. In: ABERGO 2001, Gramado. **Anais...** Gramado: ABERGO, 2001. 1 CD-ROM.

JACKSON, J. M.; BARCELOS, M. A.; NUNES, T. F. M. **As dimensões 'ignoradas' no projeto e na gestão dos serviços de atenção à saúde da população: condições de trabalho e saúde dos servidores dos postos de saúde do Município de Joinville – SC (Parte A – Pesquisa quantitativa)**. 54 p. Florianópolis, 2001. Trabalho não publicado.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1991, 249 p.

LE-GRANDE, D. Occupational and health and safety hazards in Public and Governmental Services. In: _____. **Encyclopaedia of occupational health and safety**. [S. l.]: Ed. Geneve, 1998. v. 3, cap. 101, p.2.

LIMA, F.P.A. A formação em Ergonomia: reflexões sobre algumas experiências de ensino da metodologia de análise ergonômica do trabalho. In: KIEFER, C.; FAGÁ, I., SAMPAIO, M. R. (Org). **Trabalho-educação-saúde: um mosaico em múltiplos tons**. 2. Ed. São Paulo: FUNDACENTRO, 2001. p. 133-148.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

METS, J. T. Diagnoses of absenteeism. In: ZENZ, C. **Occupational Medicine - Principles and Practical Applications**. 2. ed.. Chicago, London, Boca Raton: Year Book Medical Publishers, Inc., 1988. p. 1096-1105.

PEREIRA, E. C. M.; REZENDE, M. C. V.; ASSUNÇÃO A. A. As condições de trabalho e qualidade dos serviços no Arquivo do Setor Judiciário. In: ABERGO 2002, Recife. **Anais...** Recife: ABERGO, 2002. 1 CD-ROM.

RIGAMONTE, R. C. **O Funcionário Público do Poder Judiciário: a preservação da saúde frente as adversidades no contexto de trabalho**. 1998. 150 p.. Dissertação (Mestrado em Administração) – Entro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte,1998.

RIGAMONTE, R. C.; REZENDE, M. C. V.; ASSUNÇÃO A. A. A criação de um comitê de ergonomia no Setor Judiciário: dificuldades e avanços. In: ABERGO 2001, Gramado. **Anais...** Gramado: ABERGO, 2001. 1 CD-ROM.

RIGAMONTE, R. C.; REZENDE, M. C. V.; PEREIRA, P. V. A. A atuação do comitê de ergonomia na definição de um mobiliário padrão para o Tribunal de Justiça de Minas Gerais. In: ABERGO 2002, Recife. **Anais...** Recife: ABERGO, 2002. 1 CD-ROM.

SADEK, M. T.; LIMA, F. D.; ARAÚJO, J. R. C. O Judiciário e a prestação de justiça. In: SADEK, M. T. (Org.). **Acesso à justiça**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. p. 13-41.

SANTA CATARINA (Estado). Assembléia Legislativa . Projeto de Lei/0267.4/2003. Cria a Comissão de Saúde do Servidor Público do Estado de Santa Catarina e o Conselho das Comissões de Saúde do Servidor. Disponível em: <<http://www.ale.sc.gov.br/proclegis/index.php>>. Acesso em: 07 out. 2003.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde do Trabalhador. Versão Preliminar. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/SaudeTrabalhador/index.htm>>. Acesso em: 08 out. 2003.

SCHÖN, D. A. **The reflexive practitioner: how professionals think in action.** [S.l.]: Basic Books, 1983.

SILVA, A. **O processo de trabalho de prostituição e a qualidade de vida de prostitutas de rua de Florianópolis.** 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA. Grupo de Metodologia Científica. **Caderno de metodologia:** diretrizes para a elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos. 2. ed. rev. Tubarão: 2003. 96 p. Disponível em: <<http://www.unisul.br>>. Acesso em: 26 out. 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação.** 3. ed. rev. Atual. Florianópolis: 2001. 121 p. Disponível em: <<http://www.ufsc.br>>. Acesso em: 20 set. 2002.

_____. ALVES, M. B. M.; ARRUDA, S. M. **Como fazer referências.** Florianópolis: 2003. 22p. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br>>. Acesso em: 04 out. 2003.

WISNER, A. **A inteligência no trabalho:** textos selecionados de ergonomia. Tradução de Roberto Leal Ferreira. São Paulo: FUNDACENTRO, 1994. 191 p.

_____. **Por dentro do Trabalho:** ergonomia método e técnica. Tradução de Flora Maria Gomide Vezzà. São Paulo: FTD: Oboré, 1987. 189 p.

ANEXOS

**Anexo 1 – Ofício da Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Ofício da Divisão de Saúde Ocupacional**

Anexo 2 – Ofício da Secretaria de Administração e Recursos Humanos