



# REVISTA DIGITAL DE DIREITO ADMINISTRATIVO

FACULDADE DE DIREITO DE RIBEIRÃO PRETO - FDRP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP

---

Seção: Artigos Científicos

## **A política de atenção à saúde do servidor público federal, o tratamento estatal sobre as doenças graves e raras e sua relação com a dignidade da pessoa humana, e os impactos da gestão gerencial e da automação nos processos de trabalho**

*The health care policy of the federal public servant, the state treatment of serious and rare diseases and their relationship with the dignity of the human person, and the impacts of managerial management and automation in work processes*

Leonardo Coelho Ribeiro; Pedro Luís Büttenbender

**Resumo:** O artigo versa sobre a Política de Atenção à saúde do servidor público federal, sobre o tratamento estatal em relação às doenças graves e/ou raras e sobre a questão dos impactos que a implantação da gestão estratégica e da automação está trazendo nos processos de trabalho. Tem como objetivo analisar se há políticas públicas eficientes que protejam a saúde dos servidores, tutelem os portadores de doenças graves e/ou raras e verificar os impactos da gestão gerencial e da automação nos processos de trabalho na saúde dos servidores. O estudo conclui que as políticas públicas de atenção a saúde do servidor público federal e dos portadores de doenças graves tem sido muito ineficientes, demonstrando uma notória falta de interesse público, bem como a necessidade de criação de normas e da implantação de políticas públicas nessas áreas; e que o processo de automação, apesar de ser inevitável, precisa ser implantado de forma gradativa e melhor planejado, a fim de que não produza efeitos nocivos aos servidores e a toda a sociedade.

**Palavras-chave:** Política; Normas; Dignidade; Administração; Estado.

**Abstract:** The article deals with the Health Care Policy for federal public servants, the state treatment of serious and/or rare diseases and the issue of the impacts that the implementation of strategic management and automation is bringing on work processes. It aims to analyze whether there are efficient public policies that protect the health of servers, protect those with serious and/or rare diseases and verify the impacts of managerial management and automation in work processes on the health of servers. The study concludes that public health care policies for federal public servants and those with serious illnesses have been very inefficient, demonstrating a notorious lack of public interest, as well as the need to create norms and implement public policies in these areas; and that the automation process, despite being inevitable, needs to be implemented gradually and better planned, so that it does not produce harmful effects on the servers and on society.

**Keywords:** Politics; Norms; Dignity; Administration; State.

**Disponível no URL:** [www.revistas.usp.br/rdda](http://www.revistas.usp.br/rdda)

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2319-0558.v9n1p87-107>

# **A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL, O TRATAMENTO ESTATAL SOBRE AS DOENÇAS GRAVES E RARAS E SUA RELAÇÃO COM A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA, E OS IMPACTOS DA GESTÃO GERENCIAL E DA AUTOMAÇÃO NOS PROCESSOS DE TRABALHO**

*Leonardo Coelho RIBEIRO\**; *Pedro Luís BÜTTENBENDER\*\**

*Sumário: 1. Introdução; 2. A Política Nacional de Atenção à saúde do servidor público federal e a proteção da saúde – normatização e deficiências; 3. A desatenção e desregulamentação específica das doenças raras e muitas doenças graves ante a dignidade da pessoa humana e o direito à vida; 4. Os impactos da implantação da Gestão Gerencial e da inovação e automação na saúde dos trabalhadores e dos servidores públicos federais; 5. Conclusão; 6. Referências.*

## **1. Introdução**

As novas formas de gestão dos órgãos da Administração Pública Federal, trouxeram uma nova relação do Estado quanto à maneira pela qual lida com a saúde dos trabalhadores do setor público federal. Antes, até final da primeira década do presente século, quase não havia normas que fornecessem um planejamento adequado e um sistema integrado que fornecesse assistência de saúde para os servidores federais.

O que havia anteriormente e criado em 1970 era o chamado Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC), instituído pelo Decreto-Lei 67.326 (BRASIL, 1970), mas não era um sistema estruturado especificamente para atender à saúde dos servidores. E os instrumentos que existiam para proteger a saúde dos trabalhadores, eram as normas contidas na Consolidação das Leis Trabalhistas de 1943, mas não regulamentava a proteção à saúde dos servidores públicos.

Apenas a partir de final de 2006 que foi criado pelo Decreto nº 5.961 (BRASIL, 2006a), o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP) e feito pela Portaria 1.675 (BRASIL, 2006b) deste mesmo ano, um Manual para os serviços de saúde dos servidores públicos civis e federais, mas destinado

---

*\*Mestrando em Desenvolvimento Regional. Bacharel em Direito. Possui várias Pós-graduações em Direito, Gestão Pública, Políticas Públicas, dentre outras. Servidor Público do Judiciário Federal desde 2005.*

*\*\*Doutor em Administração (UNaM, 2014 e UFMS, 2020), Mestre em Gestão Empresarial (FGV-EBAPE, 2001), Especialista em Cooperativismo (UNISINOS, 1992), Especialista em Administração Estratégica (UNIJUI, 1996), Bacharel em Administração e Tecnólogo em Cooperativismo pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI. Na UNIJUI, é professor pesquisador, Professor Colaborador do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (Mestrado e Doutorado), Coordenador de programa de Pós-Graduação e Coordenador de projetos de Pesquisa e de Extensão. Membro de Redes Internacionais de Pesquisadores e de Universidades.*

especificamente para uniformizar e padronizar condutas dos serviços de saúde e perícia médica do servidor, e já representava certo avanço quanto à saúde dos servidores. E em 2009 foi criado o Subsistema Integrado de Atenção à saúde do servidor (SIASS) através do Decreto nº 6.833 (BRASIL, 2009a), que determinou a criação da Política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, sob a sigla PASS.

A referida política abordava tanto a questão de Promoção e Vigilância à Saúde, Perícia e Assistência, como as ações direcionadas à Epidemiologia, trabalho multidisciplinar, a interação entre essas áreas bem como a avaliação das relações de trabalho e dos ambientes de trabalho (FERREIRA e EL BAYEH, 2010). Além desse sistema normativo, o que existiam eram as normas estabelecidas pelo regime jurídico único dos servidores públicos civis da União (Lei 8.112/90), que previa determinados direitos e os deveres do servidor público civil federal.

Em 2009 o SISOSP foi extinto e foi criado o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor, o SIASS – através do Decreto nº 6.833, e em 2010 foi criado o Manual de Perícia Oficial em Saúde do servidor público federal, pela Portaria SRH 797.

A partir de então, no âmbito do Poder Judiciário foi criado o Conselho Nacional de Justiça e, em 2015, através da Resolução CNJ 207 foi criada a Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário, com a finalidade de cuidar melhor da saúde desses agentes públicos e traçar princípios, estratégias e diretrizes para a implantação de projetos e programas institucionais para proporcionar uma maior proteção da saúde física e mental dos magistrados e dos servidores.

Vários estudos já foram feitos abrangendo as políticas públicas de saúde dos servidores públicos no país, e sobre os servidores públicos civis federais, como por exemplo Pérez (PERÉZ, 2011), fez um estudo sobre a importância do levantamento de informações sobre as questões de saúde, adoecimento e condições de risco à saúde e os impactos que essas variáveis podem gerar sobre a produtividade e na aposentadoria.

Bizarria, Frota, Brasil et al. (2014, p.1) apresentaram as várias concepções que circundam a Política de Assistência à saúde do Servidor (PASS) e o Subsistema de Atenção à saúde do servidor (SIASS), afirmando que a criação desse subsistema representa uma inovação no campo de saúde do trabalhador, e que surge com objetivo de proporcionar efetividade e sustentabilidade pelo gerenciamento das informações epidemiológicas e de vigilâncias dos ambientes de trabalho e processos produtivos. Bem como que a implementação desse sistema vem gerando mudanças significativas quanto à política de saúde relacionadas aos servidores públicos federais.

Martins, Oliveira, Andrade et al. (2017, p.1) discorreram sobre em que medida o setor público tem avançado quanto à institucionalização de um modelo integral e participativo de atenção à saúde dos servidores diante dos princípios da universalidade, integralidade e da participação sobre essa parcela de trabalhadores.

Neste mesmo ano, Martins (2017) elaborou um pequeno artigo buscando demonstrar de forma objetiva as questões que a segurança do trabalho e a saúde estão relacionados com os investimentos visando melhorar as condições de saúde e segurança do trabalho, abordando inclusive os infortúnios que o servidor público sofre em decorrência as condições do trabalho.

No ano seguinte, Noguez, Bica, Oliveira et al. (2018, p.10) fizeram um artigo analisando de que forma um trabalho integrado e em equipe se relaciona com a possibilidade de produzir agravos à saúde dos servidores, e a importância de acompanhamento de um grupo considerável de servidores estarem sempre sendo acompanhados através de uma equipe de atendimento psicossocial.

Diante de todo esse contexto, a presente pesquisa objetivará responder a seguinte inquietação: as políticas públicas de atenção à saúde do servidor público federal, e as várias normas regulamentadoras - inclusive no âmbito das doenças raras e graves, tem sido capaz de prevenir, proteger e conferir os direitos à saúde e a dignidade da pessoa humana ao servidor público federal e dar proteção a todos os portadores de doenças raras e graves e verificar se os impactos que a automação pode trazer nos processos de trabalho e na saúde do trabalhador público em nosso país. Nesse sentido o presente estudo terá como objetivo maior verificar se essa proteção à saúde e à dignidade da pessoa humana tem sido proporcionada pelas políticas públicas e normas regulamentadoras dessas questões acima, e analisar se o processo de automação não poderá trazer prejuízos irreparáveis e analisar quais as ações prévias precisam ser realizadas para que a automação seja benéfica e não produza danos tanto para a economia do Brasil, como para as condições de trabalho.

Esse estudo tem grande relevância para o campo de pesquisas pois irá investigar as condições existentes, e analisará os desdobramentos e impactos que as políticas e normas públicas de atenção à saúde do servidor público e a gestão estratégica e inovações introduzidas possam estar gerando de forma positiva ou negativa nessa tão delicada área da saúde dos servidores públicos civis federais no Brasil, bem como sobre a falta de regulamentação específica sobre as doenças raras e as lacunas legais existentes na falta de regulamentação de muitas doenças graves e ou raras não regulamentadas pelo nosso ordenamento jurídico. E ainda abordará se o silêncio normativo (não regulamentação) colide com o princípio da dignidade da pessoa humana, e com os direitos à vida e à saúde de todo cidadão, que estão legitimados na Constituição Federal.

Tem como objetivos verificar se há inexistência de políticas públicas capazes de zelar pela saúde dos servidores públicos, principalmente os federais, e assim estar

contribuindo para o adoecimento da categoria profissional, bem como analisar se há políticas suficientes e eficientes para atender os portadores de doenças raras e/ou graves, e se a gestão gerencial e a automação das atividades da Administração Pública tem abalado a saúde dos servidores públicos, tendo como foco o estudo de temas relacionados ao Direito Administrativo, e como pilar principal à área das políticas públicas de saúde do servidor público federal.

O artigo apresenta-se a partir da Introdução, a Política Nacional de Atenção à saúde do servidor público federal e a proteção da saúde – normatização e deficiências. Na seção três a desatenção e desregulamentação específica das doenças raras e muitas doenças graves ante a dignidade da pessoa humana e o direito à vida. Na seção quatro os impactos da implantação da gestão gerencial e da inovação e automação na saúde dos trabalhadores e dos servidores públicos federais. Na seção cinco as conclusões, acompanhadas das referências.

## **2. A Política Nacional de Atenção à saúde do servidor público federal e a proteção da saúde – normatização e deficiências**

O Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC) através dos Ministérios e órgãos que o compõem, fez tornar possível a criação de serviços de saúde e estruturas físicas baseados em métodos para a realização de perícias bastante diversificados, que não eram conhecidos pela estrutura da Administração Pública Federal. Havia uma heterogeneidade de padrões, uns órgãos realizavam bastante ações, enquanto outros não recebiam nenhum recurso e assim quase não se capacitavam na área da saúde relacionado ao servidor.

Diante dessa desproporção e desigualdade que o governo federal começou a partir de 2003, através da criação da Coordenação Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor, existente na Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Desde então um dos maiores desafios do governo era justamente de implantar uma política nacional de atenção à saúde do servidor com base na universalidade, na isonomia e na equidade. Partindo dessa diretriz, visando enfrentar esse desafio de solucionar e construir uma política nacional e desconcentrada, que o governo criou o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS).

Através desse subsistema, no ano de 2007 foi feito um levantamento dos variados dados, tais como os recursos humanos, técnicos e materiais, e toda a infraestrutura e as ações promovidas pelos departamentos de saúde de todos os órgãos federais.

A partir do levantamento desses dados, foi possível o governo federal conhecer as informações sobre a gestão e a organização das unidades de saúde existentes em cada órgão e assim pudesse construir e implantar políticas públicas através do SIASS nos estados federativos.

Um dos principais objetivos do SIASS é: "(...) coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo. E as três esferas de atuação do SIASS são os que constam e estão relatados no terceiro artigo do decreto que o instituiu, e são: a assistência à saúde, a perícia oficial e a promoção, prevenção e acompanhamento da saúde, através de ações que visem interromper o processo de adoecimento do servidor, seja no âmbito individual, seja no âmbito das relações de trabalho (BRASIL, 2009b).

Além desse sistema integrado de informações criado, chamado de SIAPE-SAÚDE, que tornou possível o armazenamento de dados sobre licenças médicas, informações periciais, acidentes de trabalho, doenças profissionais, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais, o SIAPE possibilitava a integração dos dados sobre exames periódicos, dados de ambiente de trabalho e outras informações individuais e coletivas do sistema que se consubstanciaria como uma base de criação do perfil epidemiológico dos servidores, e assim poder direcionar a gestão dos órgãos federais voltadas com atenção à saúde dos servidores.

Algumas alterações foram inseridas na Lei 8.112/90 (BRASIL, 1990) a fim de normatizar os tipos de licenças, a ação das juntas médicas, a regulamentação nas aposentadorias por invalidez, ou seja, vários protocolos técnicos foram implementados para a aferição da saúde dos servidores e assim poder adaptar atividades dos servidores às suas capacidades de saúde físicas e mentais às capacidades funcionais. Até mesmo o manual de perícia oficial em saúde foi criado objetivando padronizar as atividades técnicas dos departamentos de saúde dos órgãos federais, visando possibilitar a criação de um novo padrão de qualidade da avaliação da capacidade de trabalho dos servidores federais.

Outras ações foram criadas visando a vigilância e a promoção à saúde, fiscalizando os ambientes e processos de trabalho, e tornando obrigatório, através da promulgação do Decreto nº 6.856 de 2009 (BRASIL, 2009b), do exame médico periódico para todos os servidores públicos federais, como uma forma constante de acompanhamento da saúde dos servidores, visando prevenir doenças ocupacionais e assim melhorar a promoção da saúde, com a detecção precoce das doenças relacionadas ao trabalho e identificar os riscos dos postos de trabalho, seja de ordem física, mecânica, ergonômica, biológica ou psicossociais ou mesmo outros, que possam expor os servidores.

Uma frente criada foi a criação compartilhada de informações sobre a Política de Atenção à saúde dos servidores através da formação de encontros e oficinas para capacitar equipes para atuarem em ações de vigilância e assim terem as metas cumpridas.

Todas essas ações foram instituídas pois antes, a falta de informações de dados sobre a segurança e a saúde dos servidores, inviabilizava a identificação do perfil epidemiológico dessa categoria de servidores. Além disso, outro fator importante era dar condições e proporcionar assistência médica aos servidores, já que estes dispunham de pouco ou quase nenhum recurso para investir e cuidar da própria saúde. Além disso era também muito importante criar instrumentos preventivos de saúde, já que mesmo que o art. 206 da Lei 8.112/90 em conjunto com a regulamentação do Decreto nº 6.856/09 previsse essa ação preventiva, de fato não existia.

Em 2013, foi publicada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), através da promulgação da Portaria Normativa 03 de 2013 (BRASIL, 2013), instituiu as diretrizes gerais para a promoção da saúde do servidor público federal, objetivando orientar as entidades e os órgãos do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal (SIPEC).

Outra iniciativa criada para atenção à saúde do servidor público federal foi a criação da CISSP (Comissão Interna de Saúde do Servidor Público) em 07 de maio de 2010 através da Portaria Normativa nº 3 expedida pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, tendo sido criada para: promover normas de engenharia de segurança e medicina do trabalho e tem como objetivos: propor ações voltadas à promoção da saúde e à humanização do trabalho, principalmente quanto à melhoria das condições de trabalho, prevenção de acidentes, de agravos à saúde e de doenças relacionadas ao trabalho; propor ações que estimulem atitudes de corresponsabilidade da gestão da saúde e da segurança, colaborando para a melhoria das relações e do processo de trabalho; e ainda visando melhorar e propulsionar a participação dos servidores, sendo estes protagonistas e que detêm o conhecimento do processo de trabalho, na concepção de agentes transformadores da realidade em que estão inseridos.

A CIISP, conforme consta na norma necessita ser feita através da NOSS (norma operacional de saúde do servidor), sendo estas as ações voltadas para a saúde e o seu planejamento e execução deverá ser feita através das unidades do SIASS, dentro dos órgãos e entidades em que estão instituídos.

Conforme relatado acima, há todo um sistema e estrutura criado para promoção de ações e políticas públicas voltados para a saúde do servidor público federal, e que foram avançando conforme passaram os anos, e que a implementação da NOSS e da CISSP no serviço público, potencializou não apenas meios para registro dos acidentes e doenças decorrentes da atividade profissional, como também a implementação de ações preventivas.

Além desses sistemas de normas, em 2015 o CNJ através da Resolução 207 criou a Política de Atenção Integral à Saúde dos Magistrados e Servidores do Poder Judiciário, visando instituir uma política de acompanhamento, levantamento de dados e de

prevenção às incidências e reverter o processo de adoecimento que vinha sendo constatado dentro do Judiciário.

Ocorre que mesmo havendo a criação de alguns mecanismos e ações públicas objetivando melhorar a saúde dos servidores públicos, a atuação estatal permaneceu muito aquém às necessidades dos servidores.

Diante de todo o histórico da relação Estado-servidor dá para se constatar o desinteresse estatal na construção de políticas públicas eficientes e preventivas. Não parece haver uma preocupação com a construção de políticas públicas, principalmente quando o Estado passou a administrar de forma gerencial e estratégica, utilizando-se de números e indicadores e metas que sempre foram muito utilizados na iniciativa privada, desconsiderando as peculiaridades que o setor público tem, como por exemplo, o de ser um ente social voltado para atender as necessidades da sociedade e não as exigências e a produtividade que o setor privado exige, com objetivos de produção de lucro e não assistencial.

Essa falta de regulamentação e desinteresse estatal tem sido muito evidenciado e se mostrado mais ainda existente na área da saúde pública que trata das doenças graves e raras, que somente há poucos anos começa a ser pensada e com alguns poucos projetos de lei tramitando a passos lentos no cenário legislativo.

### **3. A desatenção e desregulamentação específica das doenças raras e muitas doenças graves ante a dignidade da pessoa humana e o direito à vida**

A implantação de políticas públicas que abordem e regulamentem as doenças raras é uma questão fundamental na sociedade brasileira. O direito à saúde é classificado como um dos direitos sociais e de segunda dimensão, e por isso demanda uma prestação estatal positiva, já que a existência do Estado só faz sentido enquanto ente capaz de gerir e atender às necessidades sociais.

No entanto, é notório e já por muitos doutrinadores concebidos como uma utopia achar que o Estado tem condições de cumprir com todas as garantias estabelecidas pela Constituição Federal. Vejamos o que Di Pietro (2014) aduz: “O próprio rol de direitos sociais e a contrapartida dos deveres a serem assumidos pelo Estado na garantia dos direitos já leva a uma conclusão: constitui utopia achar que o Estado brasileiro possui condições de cumprir todas as metas constitucionais e satisfazer a todos os direitos dos cidadãos”.

A priori é importante ressaltar essa dificuldade de o próprio Estado cumprir com a efetivação de todos os direitos, uma vez que os recursos do Estado são limitados, conforme bem explica Lenza (2019).

Esta é uma das razões de haver tantas omissões executivas por parte do Estado, além das omissões legislativas pela dificuldade de normatizar todas as exigências da sociedade que são quase infinitas. Já é difícil de fazer cumprir com todos os direitos e garantias individuais e coletivos tutelados pela Constituição Federal já existentes, mormente diversas outras demandas que surgem rotineiramente, pelo simples fato da sociedade ser um ser organismo dinâmico, sempre em constante mutação e evolução.

Entretanto, embora seja fácil entender essa realidade funcional do Estado, há direitos que são mais elementares que outros, como o direito à vida, à saúde e a dignidade da pessoa humana, sem a qual não há razão de existir a própria sociedade.

E partindo dessa premissa é fundamental defender uma atuação mais incisiva do Estado em lidar com esses direitos.

No atual cenário jurídico o que se tem hoje é a falta de normas que criem direitos aos portadores de doenças raras, tanto no setor público quanto no setor privado. O que existe são apenas projetos de leis que estão em tramitação e que visam proteger determinados direitos, mas ainda tudo que tem está em fase embrionária, caminhando a passos lentos, boa parte desses projetos estão tramitando em média há mais de 8 anos, alguns projetos parados, outros tramitando muito lentamente, demonstrando o desinteresse do Estado em lidar e proteger os portadores de doenças raras.

Só para entender a importância da regulamentação desses direitos, apesar da doença rara ser doença que atinge até 65 pessoas a cada 100 mil habitantes pela Organização Mundial da Saúde (OMS) - 1,3 pessoas para cada 2 mil pessoas, como existem cerca de 6 a 8 mil tipos de doenças raras, acaba que o número de pessoas com doenças raras no Brasil, estima-se que seja em torno de 13 milhões de pessoas, segundo pesquisa da Interfarma (2018).

Outros dados interessantes são que cerca de 80 % das doenças raras tem origem genética, e assim a maioria dos casos só são diagnosticados e confirmados após fazer teste genético, o que acaba fazendo com que muitas pessoas só descubram já quando os sintomas da doença começam a se manifestar e avançar. Diante desse contexto, 30% dos pacientes possuidores de doenças raras morrem antes dos 5 anos de idade, e 75% dessas doenças afetam crianças.

Importante também descrever que normalmente as doenças raras são crônicas, progressivas, degenerativas, sem cura e em muitos casos com risco de morte. No entanto, para muitas dessas doenças há tratamentos para tratar os sintomas e minimizar o sofrimento e/ou melhorar a qualidade de vida desses portadores.

Para tratar desse tema o governo publicou a Portaria 199 (BRASIL, 2104), de 30 de janeiro de 2014, e que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas

com doenças raras, enunciando diretrizes para a execução dessa política e instituindo incentivos financeiros de custeio. Mas isso na prática não trouxe quase nenhum resultado diante dos entraves e dificuldades de atenção e atendimento desses doentes, e também pela demora na aprovação dos vários Projetos de lei que estão em tramitação e que abordam tanto doenças raras como doenças graves, como por exemplo o Projeto de Lei 7.797 de 2010 (CÂMARA DE DEPUTADOS, 2010) que objetiva incluir o Lupus e a Epilepsia no rol de doenças com isenção de carência para obtenção de aposentadoria por invalidez, e que foi inclusive vetado em agosto deste ano pelo Presidente da República, e agora retornará ao Congresso Nacional para aprovação ou veto final.

Também tramitam outros projetos como: o Projeto de Lei 553 de 2011 (CÂMARA DE DEPUTADOS, 2011) para incluir a doença de pele rara Xeroderma pigmentoso no rol de doenças com isenção de carência para a concessão de auxílio doença e aposentadoria por invalidez; o Projeto de Lei 10.592 de 2018 (CÂMARA DE DEPUTADOS, 2018a) para incluir como doença grave a Neuromielite Óptica e Espectro da Neuromielite Óptica no rol de doenças também para concessão de auxílio doença e aposentadoria por invalidez; o Projeto de Lei 10.718 de 2018 (CÂMARA DE DEPUTADOS, 2018b) que visa incluir as doenças incapacitantes reumáticas, neuromusculares e osteoarticulares crônicas ou degenerativas para conceder o direito de isenção do tempo de carência para a concessão de aposentadoria por invalidez e serem dessa forma inclusas no rol das doenças que permitam o benefício aos seus portadores; o Projeto de Emenda à Constituição de nº 434 de 2014 (CÂMARA DE DEPUTADOS, 2014), cujo teor concederia a todos os servidores que servidores que se aposentarem (e para os já aposentados haveria uma revisão na aposentadoria) por invalidez permanente decorrente de quaisquer causas (e não somente as doenças existentes nas leis vigentes). Mesmo assim seriam só para os servidores que tenham ingressado no serviço público até 31 de dezembro de 2013. Os demais continuariam, se aprovado, desassistidos.

No demais, ainda existem muitas doenças graves que não estão sendo analisadas para a inclusão no rol de doenças graves e/ou raras, e assim muitas pessoas continuarão sem diversos direitos, como o importante direito à aposentadoria por invalidez permanente com proventos integrais.

Os vários projetos de lei que abordam a normatização de doenças graves e/ou raras encontram-se em trâmite no Congresso Nacional e esperam anos para serem concluídos, em vez de serem colocados como matéria de urgência e colocados diretos em votação no plenário das casas legislativas. Ficam anos e mais anos esperando a sensibilidade dos nobres parlamentares, o que demonstra que há falta de interesse político em resolver as questões dos direitos dos portadores das doenças raras e as das doenças graves.

Como se já não bastasse essa falta de regulamentação na questão da defesa dos direitos das pessoas portadoras de doenças raras, mesmo as doenças consideradas graves, apenas parte do grande número de doenças graves existentes estão inserida no ordenamento jurídico brasileiro, e muitas vezes com ressalvas, como ocorre no âmbito do setor público federal em que o próprio art. 186, I, §1º, da Lei 8.112/90, foi objeto de uma decisão em tese fixada de repercussão geral no julgamento do Recurso Extraordinário 656.860/MT, em que o Supremo Tribunal Federal (STF) definiu no sentido de que: “A concessão de aposentadoria de servidor público por invalidez por proventos integrais exige que a doença incapacitante esteja prevista em rol taxativo da legislação de regência”, estabelecendo assim a taxatividade do rol de doenças graves elencadas no referido artigo.

O que se depreende da normatização feita pelo Supremo Tribunal Federal é que o mesmo só considera grave a ponto de ser concedido tal direito (aposentadoria integral por invalidez permanente) as doenças ali elencadas, e estabelecidas pela norma referida. Difícil é compreender como pode um Tribunal Supremo e guardião dos direitos e garantias da Constituição, que é a principal e superior norma do ordenamento jurídico brasileiro, parecer não se preocupar com a gravidade de tantas doenças graves e raras que acometem os cidadãos de nosso país.

Neste caso, ainda que haja colisão de normas ou princípios, do direito à vida e da legalidade, da taxatividade, o grande jurista Ferdinand Lassalle (1998) já dizia em sua famosa obra “a essência da constituição”: “no espírito unânime dos povos, uma Constituição deve ser qualquer coisa de mais sagrado, de mais firme, de mais imóvel que uma lei comum.”

Um outro renomado jurista, Konrad Hesse (HESSE, 1991) aduziu que: “A norma constitucional não tem existência autônoma em face da realidade(...). A Constituição não configura, portanto, apenas expressão de um ser, mas também, de um dever ser; ela significa mais do que o simples reflexo das condições fáticas de sua vigência, particularmente as forças sociais e políticas. Graças à pretensão de eficácia, a Constituição procura imprimir ordem e conformação à realidade política e social”.

Assim, a ideia de ambos os renomados autores, se complementam à medida que enquanto Lassalle defendia a sujeição da Constituição aos fatores reais de poder (e por isso a Constituição deveria refletir realmente os princípios e valores in curso na sociedade), Hesse assegurava que a Constituição, para ter eficácia, deveria incorporar os elementos sociais, políticos e econômicos dominantes, além do estado espiritual de seu tempo, que assegurará a defesa da consciência geral da Constituição.

E pela concepção constitucional desses autores, tem-se que o direito à vida, a saúde e a dignidade da pessoa humana deveria nortear qualquer decisão seja no campo jurídico, legislativo ou administrativo, e assim sempre que não houvesse uma disposição legal, uma norma para regulamentar alguma questão incidental, ou mesmo

quando houvesse um conflito entre normas ou princípios que afetem os direitos fundamentais, o que deveria prevalecer seria uma decisão que valorasse os princípios e pela razoabilidade constitucional, ou caso ainda persista o conflito, que fosse aplicado a norma ou princípio mais justo, solucionando através da equidade jurídica.

É necessário destacar que a maior parte dos projetos de lei sobre o tema das doenças graves e das doenças raras regulamentaria tanto a questão no setor público, como também no setor privado, não sendo exclusivo para os servidores públicos federais, e atenderia aos trabalhadores de uma forma em geral.

#### **4. Os impactos da implantação da Gestão Gerencial e da inovação e automação na saúde dos trabalhadores e dos servidores públicos federais**

Após o processo de democratização iniciado com a promulgação da Constituição da República de 1988, o aumento de problemas no sistema e na estrutura do Poder Público tornou-se insustentável, virando problema de Estado. O Estado convivia com a dificuldade na resolução dos processos, se deparando com uma lentidão, ineficiência e falta de transparência, dando uma forte percepção que não funcionava de forma satisfatória, com enorme insatisfação popular, que reclamava por uma mudança na forma da gestão pública no Brasil, pois a gestão burocrática não gerava resultados condizentes com a demanda da sociedade, conforme aduzia Renault (2005).

A quantidade de reclamações e insatisfações estavam se tornando insustentáveis, e, à época, foram registradas através de pesquisas de opinião, e principalmente pela imprensa, mostrando que o Setor Público Brasileiro não dava as respostas exigidas pela sociedade, conforme relatava Sadek (2003).

A transformação do Estado requeria uma desburocratização, um rompimento completo com o sistema de gestão corrente, para uma gestão com maior participação da sociedade, de forma solidária, democrática, cooperativa e estratégica.

Castells (2003) defendia que a estrutura do Estado passasse a ser pensada no modelo de uma rede, em que os atores se encontram interligados, consubstanciado em uma rede de informações e de processo de decisões compartilhadas, calçado em um funcionamento flexível e com políticas variáveis, num Estado fundamentado nos princípios da participação cidadã, coordenação, transparência administrativa, flexibilidade, modernização tecnológica e profissionalização.

A área da estratégia já vinha sendo estudada a partir dos anos 1990, com o desenvolvimento de uma nova estrutura de Estado e democracia que vinham sendo desenhados. Estudiosos como Knights e Morgan (1991), Pettigrew, Thomas e Whittington (2002) exploraram o tema da estratégia, visando encontrar soluções entre as divergências e lacunas teóricas históricas e metodológicas entre agência e estrutura,

teoria e prática, problemas micro e macro, sendo posteriormente feito um estudo sobre a prática social da estratégia, segundo Whittington (2002), Jarzabkowski (2004) e Chia (2004).

Houve um aumento pelo interesse de buscar a aplicação da teoria de estratégia na prática social, objetivando que o estudo desta avançasse e superasse uma simples repetição de um discurso ortodoxo pelo qual a estratégia é considerada como um processo racional.

O Brasil vivia uma intensa crise do Estado. Com um endividamento público enorme, e os diversos setores públicos não possuíam capacidade para oferecer um atendimento público de qualidade aos cidadãos. Nesse contexto, os governos começaram a buscar alternativas de gestão e modelos diversos de políticas públicas, conforme relatava Bresser Pereira (2001).

Foi assim que se deu o início do pensamento e da construção de uma mudança e implementação de um modelo de gestão eficiente, mais transparente e funcional, e que fosse capaz de dar um retorno melhor à sociedade. O modelo gerencial e estratégico, surge então promovendo reformas na administração pública, abrangendo todos os poderes, inclusive o Judiciário.

Todas essas questões aliadas à crise política e do Estado que ocorrera pós a promulgação da Constituição de 1988, como também compelida pelo endividamento público e pela dificuldade em oferecer um serviço público de qualidade, tudo isso, fomentou a busca por alternativas de gestão e de modelos de políticas públicas.

Assim, uma das alternativas propostas foi a absorção e implementação de ferramentas e soluções oriundas da iniciativa privada, do setor empresarial, como por exemplo a utilização do sistema de gestão estratégica, e que teve como seu marco inicial o ideal do New Public Management (NPM) – da nova gestão pública, como bem disse Fadul e Silva (2008).

O gerencialismo foi adotado como um modelo de gestão para substituir o modelo de gestão burocrático, que não dava respostas e se mostrava totalmente incapaz e ineficiente diante do surgimento de uma nova sistemática jurídica e social vigentes, sendo então substituída pela gestão gerencial, em que a gestão é tida como uma disciplina racional e científica, e criativa e inovadora, com condições de atender as exigências e necessidades do setor público, como já vinha acontecendo no setor privado, de acordo com Wallis e Goldfinch (2013).

No Brasil começou a ser implementado um novo modelo de administração pública a partir de 1995 através da criação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), com a finalidade de implantar a gestão estratégica, visando melhorar toda a estrutura do Estado, conforme bem discorre Di Pietro (2002, p. 0): “[...] reformar o Estado significa melhorar não apenas a organização e o pessoal do Estado, mas também suas finanças, e todo o seu sistema institucional-legal, de forma a

permitir que o mesmo tenha uma relação harmoniosa e positiva com a sociedade civil.”

Bresser Pereira (2006) apontou que esse modelo de estratégia empresarial gerencial aplicado na administração pública ocorreu simultaneamente a um radical aumento na velocidade das mudanças sociais, políticas e econômicas. E em decorrência a todas essas mudanças estruturais, foi necessário também modificar as condições e os meios para obter resultados mais desejáveis, e afastar resultados mais insatisfatórios, levando ao surgimento de que se buscasse alternativas para um melhor direcionamento das atividades públicas a fim de se ter um melhor controle e previsibilidade.

Ocorre que, embora mudanças fossem requeridas pela sociedade, tendo em vista a lentidão da tramitação e resolução dos processos judiciais, essa nova forma de gestão trouxe resultados muito ruins aos servidores.

Se antes, durante o período da gestão burocrática já haviam lacunas legislativas, normativas e jurisprudenciais no tocante à regulamentação à saúde dos servidores públicos federais, conforme bem abordado nos tópicos acima, com a implantação da gestão estratégica e a reforma do Estado e da Administração Pública (com a primeira importante reforma administrativa no ano de 2004), a busca incansável pela produtividade com metas inatingíveis, aliados a vários outros fatores, tornou ainda pior a questão da proteção da saúde do servidor público, e trazendo uma insatisfação cada vez maior e maior número de absenteísmo, aposentadorias precoces, e o adoecimento de boa parte da categoria profissional.

Se já não havia regulamentação suficiente e eficiente para proteger o servidor público até então, com o novo tipo de gestão gerencial e os mecanismos já produzidos e que continuam sendo produzidos pela automação judicial, e através do uso da inteligência artificial e da tecnologia da informação, as políticas públicas de atenção à saúde do servidor passou a ser menos trabalhada ainda.

É certo que existam políticas públicas sobre a saúde do servidor público, mas poucas são as ações na prática, e muito menos para os servidores com acometimento maior de sua saúde como os servidores com deficiência, com comorbidades, doenças raras e graves. O que denota é uma grande falta de interesse público nessa área, talvez por questões políticas e econômicas.

Em estudos feitos por Albuquerque et al. (2019) utilizando de forma adaptada a metodologia aplicada por Frey e Osborne (2017, p.79) que foi usando as probabilidades de automação das tarefas de cada profissão baseado na identificação dos “gargalos” tecnológicos (*bottlenecks*) e pela classificação em baixo e alto risco, e fundamentado na avaliação feita por 69 especialistas sobre processo de automação e em inteligência artificial, estimaram que cerca de 54,5% dos 45,9 milhões de postos de trabalhos

existentes à época, estariam em uma alta ou muito alta probabilidade de automação em poucos anos.

Kubota e Maciente (2019) fizeram uma estimativa que 56,5% dos empregos formais no Brasil estariam vulneráveis a serem substituídos e não mais existirem nos próximos 5 anos através da automação, tendo em vista as tecnologias já existentes, e que a maior parte dos trabalhos no país se ocupam em atividades rotineiras e/ou mecânicas e de baixa necessidade cognitiva, que necessite do raciocínio e pensamento humano.

Outra grande preocupação é a de adaptação e mudanças que ocorrerão em boa parte dos setores de trabalho, tanto públicos quanto na iniciativa privada, e que irão contar com as capacidades dinâmicas e de absorção e adaptação dos trabalhadores em muito pouco tempo, seja pela intensidade nas mudanças e na intensidade das automações, seja no processo de robotização em boa parte das atividades e dos processos de trabalho.

Apesar das mudanças tecnológicas e organizacionais serem iminentes e não tem como freia-las, diante das necessidades de mudança do mercado, do processo de globalização e da competição presentes na economia entre os países, que exige maior rapidez, produtividade, competitividade, resultados e qualidades na produção, em muitos casos as empresas precisam atuar com muita inovação, planejamento e capacitação, e isso traz como impacto uma maior qualificação profissional dos trabalhadores e uma melhoria nos processos organizacionais de trabalho, bem como uma ingerência do Estado em criar normas que regulem as novas condições e modelos de trabalho que estão surgindo, como a possibilidade do trabalho remoto e do Home Office, que foram introduzidas na sociedade brasileira de forma ainda mais acelerada em virtude da pandemia do coronavírus.

Em relação ao setor público, baseados nos dados dos cerca de 520 mil servidores públicos registrados no SIAPE no ano de 2017, em conjunto com as informações das RAIS identificadas e pelas descrições feitas em textos que apontam as ocupações pela Classificação Brasileira de Ocupações, que somam em torno de 2.627 ocupações, através de um levantamento feito, chegou-se a conclusão de que cerca de 20% dos servidores públicos no Brasil trabalham em tarefas classificadas com alta probabilidade à automação, atividades que de uma forma em geral apresentam menores níveis de remuneração e escolaridade.

Segundo Arntz, Gregory e Zierahm (2016) a principal consequência e impacto que é produzido pelo processo de automação além do ponto de vista tecnológico, com mudança nos processos de produção, é um radical impacto econômico que do ponto de vista fático torna-se quase inviável, em países onde há maiores desdobramentos nessa mudança tecnológica dos processos de trabalho, podendo trazer drásticas consequências econômicas se forem realizadas de forma imediata e não planejada.

## 5. Conclusão

Em atenção aos objetivos deste estudo e os resultados gerados, reconhecem a relevância, oportunidade, importância e pertinência do tema. Ao explorar delicadas questões de cunho social, a questão das políticas públicas e questões de saúde dos servidores públicos, e as urgentes demandas existentes na regulamentação e na implantação de políticas públicas sobre a saúde dos servidores e sobre as doenças raras e/ou graves, o artigo explanou os diferentes temas abordados nos capítulos acima, convergindo numa avaliação e discussão sobre a atuação ineficiente das políticas públicas, tendo cumprido com os objetivos de analisar a “inexistência” de políticas públicas que atendam aos servidores públicos e afastem os fatores que geram adoecimento funcional e sobre a lacuna legislativa das doenças graves e/ou raras, e averiguar de que forma o modelo de gestão gerencial e a automação das atividades na Administração Pública tem afetado a saúde dos servidores públicos.

Apesar de serem temas aparentemente distintos, ambos dialogam e estão inter-relacionados, com pontos de interseção e convergência, pois as políticas públicas são necessárias tanto na questão da saúde dos trabalhadores e dos servidores públicos federais, como no tratamento de das doenças raras e/ou graves que diz respeito a toda a sociedade. O processo de automação também demanda a existência de planejamento, normatização e de criação de políticas públicas que venham dar as diretrizes e nortear essa inevitável ocorrência, tendo seu gradual processo de implantação acompanhado de minucioso sistema de acompanhamento e gestão.

Os temas propostos dialogam entre si, na medida que ambos exigem uma atuação ativa do Estado Brasileiro. O direito a saúde e a vida, que são garantidos e tutelados pela Constituição Federal estão diretamente ligados ao princípio da dignidade da pessoa humana, e são motivos suficientes para a proteção de todos os demais direitos sociais, requerendo que o Estado proteja a saúde do servidor público e atue ativa e politicamente na garantia de uma proteção efetiva da saúde e dê assistência às pessoas com doenças raras e/ou graves, e promova políticas públicas que protejam os trabalhadores do setor público dos riscos e fatores que possam propiciar o adoecimento desses, inclusive na questão da gestão e nos novos processos de produção gerencial e automatizada já em funcionamento em muitos setores públicos, e mormente, no poder judiciário federal.

As contribuições deste artigo corroboram com entendimento de Feliciano e Silva (2021), quando abordam “Como a cobrança de metas tem afetado até mesmo a saúde de juízes e servidores” e aduzem que o estabelecimento e cobrança de metas baseados na medição da produtividade aferida através do BSC (Balanced Scorecard) e outras ferramentas de controle que foram pensadas e criadas para a iniciativa privada. Utilizar-se desses mecanismos e ferramentas no setor público não é justificável, pois o BSC foi criado para medidas de mercado e produção econômica com finalidade de retorno financeiro, que não se enquadram às especificidades e natureza

do social do setor público, principalmente dentro do Poder Judiciário que necessita da sensibilidade e da humanidade dos magistrados para analisarem provas, emitirem juízos de valor, pensar e interpretar o direito, sob pena de transformar o Judiciário em um sistema insensível e automatizado e não considerar as características psicofísicas e humana de cada trabalhador.

Dessa forma, como têm sido fixadas as metas dentro do poder judiciário, em uma tese de doutorado defendida na Unicamp pela juíza do Trabalho Claudia Regina Reina Pinheiro (PINHEIRO,2020), esta identificou uma “inegável correlação entre os adoecimentos de magistrados” e conseqüentemente nos servidores (já que trabalham em conjunto) com os adoecimentos desses trabalhadores e o sistema de metas implantado, conforme diz em seu texto abaixo:

[...] há medição de tempo das decisões judiciais sem considerar a sua complexidade. Competitividade e comparação entre tribunais e magistrados tornaram-se comuns. Há monitoração e controle constante da atividade do juiz, pressão para obtenção cada vez maior de resultados, mensuração da prestação jurisdicional e organização judiciária voltada para os números, quantidade, produção e resultados. [...] O CNJ divulgou duas pesquisas sobre a Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário, a primeira com referência ao ano de 2016 e a segunda ao ano de 2018. [...] Ao realizar uma análise comparativa entre as duas pesquisas sob a ótica geral no Poder Judiciário verifica-se um aumento no número de afastamentos em razão das doenças mais comuns, quais sejam, doenças respiratórias, psiquiátricas e osteomusculares [...] (PINHEIRO, 2020, p. 189 e 326).

O estudo realizado no contexto da pandemia do Covid-19 e da realização de um conjunto de trabalhos em ambiente *home office*. Porém, as possíveis repercussões destas estiveram para além dos objetivos deste estudo e poderão ser objetivo de pesquisas futuras. Bem como, poderão ser temas de pesquisas específicas, os impactos na produção e produtividade dos servidores, o clima organizacional e a qualidade de vida no trabalho e possíveis outras enfermidades raras decorrentes das transformações em curso.

Através do artigo é possível indicar que as políticas públicas de atenção à saúde do servidor público federal, principalmente, mas também de todas as criadas e implementadas para a saúde dos demais trabalhadores, não tem obtido os resultados desejáveis.

No que tange aos direitos dos portadores de doenças graves e raras, a conclusão obtida foi que há uma notória falta de atenção e interesse do Estado em promover políticas públicas e a normatização dessa área social, e que é uma necessidade urgente que o Estado implante políticas públicas eficientes e que atendam aos cidadãos inseridos nesse contexto.

E quanto ao processo de automação, mesmo sendo inevitável, o Estado precisa de todos os cuidados e fazer um planejamento e normatização para a transformação gradativa dos processos de trabalho, sob pena de trazer efeitos danosos a qualidade de vida no trabalho, com consequências nocivas e irreparáveis à saúde ao coletivo dos servidores e ao conjunto da sociedade.

## 6. Referências

- ALBUQUERQUE, P. H. M.; SAAVEDRA, C. A. P. B.; MORAIS, R. L.; ALVES, P.F.; YAOHAO, P. *Na era das máquinas, o emprego é de quem? Estimação da probabilidade de automação de ocupações no Brasil*. Texto para Discussão 2457. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2019. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=34650&Itemid=444](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34650&Itemid=444)>. Acesso em: 09/09/2021.
- ARNTZ, M.; GREGORY, T.; ZIERAHN, U. *The risk of automation for jobs in OECD countries*. OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 189. Paris: OECD Publishing, 2016. Disponível em: <[https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-risk-of-automation-for-jobs-in-oecd-countries\\_5j1z9h56dvq7-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-risk-of-automation-for-jobs-in-oecd-countries_5j1z9h56dvq7-en)>. Acesso em: 12/09/21.
- BIZARRIA, F. P. A.; FROTA, A. J. A.; BRASIL, M. V. O.; OLIVEIRA, A. G.; TASSIGNY, M. M. Ações Públicas voltadas para a promoção da saúde do trabalhador: Análise da política destinada à saúde do servidor público federal. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 5, n. 3, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/669>>. Acesso em: 10/09/21.
- BRASIL. *Decreto 5.961, de 14 de novembro de 2006a*. Institui o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal - SISOSP. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/norma/409536>> Acesso em: 13/09/21.
- BRASIL. *Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009a*. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm)>. Acesso em: 08/09/21.
- BRASIL. *Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009b*. Regulamenta o art. 206 - A da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990 – Regime Jurídico Único, dispendo sobre os exames médicos periódicos de servidores. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 mai. 2009.
- BRASIL. *Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 abr. 1991.

- BRASIL. *Portaria 1.675, de 06 de outubro de 2006b*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Estabelece orientação para os procedimentos operacionais a serem implementados na concessão de benefícios de que trata a Lei 8.112/90 e Lei 8.527/97. Disponível em: <<https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:ministerio.planejamento.orcamento.gestao:portaria:2006-10-06;1675>>. Acesso em: 11/09/21.
- BRASIL. *Portaria Normativa nº 03, de 25 de março de 2013*. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 mar. 2013.
- BRASIL. *Portaria Normativa nº 199, de 30 de janeiro de 2014*. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 out. 2014.
- BRASIL. Presidência da República. *Decreto-lei nº 67.326, de 5 de outubro de 1970*. Dispõe sobre o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal e dá outras providências. Brasília: [s.n.], 1970.
- BRESSER PEREIRA. Uma nova gestão para um novo Estado: liberal, social e republicano. *Revista do Serviço Público*, v. 52, n. 1, p. 5-24, 2001.
- BRESSER PEREIRA; SPINK, P. (Org.). *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
- CÂMARA DE DEPUTADOS. *Projeto de Lei 10.592, de 11 de julho de 2018a*. Inclui a Neuromielite Óptica/Espectro da Neuromielite Óptica - NMO/ENMO entre as doenças que permitem a concessão, sem período de carência, de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2181664>>. Acesso em: 09/09/21.
- CÂMARA DE DEPUTADOS. *Projeto de Lei 10.718, de 09 de agosto de 2018b*. Inclui as formas incapacitantes das doenças reumáticas, neuromusculares e osteoarticulares crônicas ou degenerativas entre as doenças e condições cujos portadores são beneficiados com a isenção do cumprimento de prazo de carência para a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2182924>>. Acesso em: 07/09/21.
- CÂMARA DE DEPUTADOS. *Projeto de Lei 553, de 23 de fevereiro de 2011*. Dispõe sobre a discriminação, de forma transparente, dos impostos incidentes nas mercadorias e nos serviços. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=493284>>. Acesso em 11/09/21.

- CÂMARA DE DEPUTADOS. *Projeto de Lei 7.797, de 01 de setembro de 2010*. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências, para incluir os lúpus e a epilepsia entre as doenças cujos portadores são dispensados de cumprir prazo de carência para usufruir dos benefícios de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=485247>. Acesso em: 10/09/21.
- CÂMARA DE DEPUTADOS. *PEC 434, de 18 de novembro de 2014*. Unifica a regra para aposentadoria por invalidez. Define a regra de transição para quem ingressou no serviço público até 31 de dezembro de 2003. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=786713>. Acesso em: 10/09/21
- CASTELLS, Manuel. *A sociedade em rede*. 9. ed, v. 1. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2003.
- CHIA, R. Strategy-as-practice: reflections on the research agenda. *European Management Review*, v. 1, n. 1, p. 29-34, 2004.
- DI PIETRO, M. S. Z. *Direito Administrativo*. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- DI PIETRO, M. S. Z. *Direito administrativo*. 27. ed. São Paulo: Atlas, 2014.
- FADUL, E. M. C.; SILVA, L. P. Retomando o debate sobre a reforma do Estado e a Nova Administração Pública. *Anais... Encontro Nacional da Associação de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*, 32., 2008, Rio de Janeiro, 2008.
- FELICIANO, Guilherme Guimarães; SILVA, José Antônio Ribeiro De Oliveira. *Como a cobrança de metas tem afetado até mesmo a saúde de juízes e servidores*. Artigo de Opinião. Disponível em: <<https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/juizo-de-valor/cobranca-metas-tem-afetado-saude-juizes-servidores-14122021>>. Acesso em: 14/12/2021
- FERREIRA, D. P.; EL BAYEH, M. G. M. G. *Gestão democrática de pessoas: uma abordagem estratégica*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Recursos Humanos, 2010.
- HESSE, K. *A força normativa da Constituição*. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Fabris, 1991.
- INTERFARMA. *Doenças Raras: A urgência do acesso à saúde*. 2018. Disponível em: <https://www.interfarma.org.br/app/uploads/2021/04/doencas-raras-a-urgencia-do-acesso-a-saude-interfarma.pdf>. Acesso em 17/09/21.
- JARZABKOWSKI, P. Strategy as practice: recursiveness, adaptation and practices-in-use. *Organization Studies*, v. 25, n. 4, p. 529-560, 2004.
- KNIGHTS, D.; MORGAN, G. Corporate strategy, organizations, and subjectivity: a critique. *Organization Studies*, v. 12 n. 2, p. 251-273, 1991.

- KUBOTA, L. C.; MACIENTE, A. N. Propensão à automação das tarefas ocupacionais no Brasil. *Radar: tecnologia, produção e comércio exterior*. v. 61. Brasília: IPEA, 2019.
- LASSALLE, F. *A essência da Constituição*. 4. ed. Rio de Janeiro: Líber Juris, 1998.
- LENZA, P. *Direito constitucional esquematizado*. 23. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.
- MARTINS, M. I. C.; OLIVEIRA, S. S.; ANDRADE, E. T.; STRAUZZ, M. C.; CASTRO, L. C. F.; AZAMBUJA, A. A política de atenção à saúde do servidor público federal no Brasil: atores, trajetórias e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n.5, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/XhKw5hgKmXss-djDhDjyNmGH/abstract/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 13/09/21.
- MARTINS, R. *Segurança e Saúde do Trabalho no Setor Público*. Artigo Científico apresentado na Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho, Universidade Cândido Mendes, Rio das Ostras, 2017. Disponível em: <[https://www.academia.edu/47437716/Seguranca\\_e\\_Saude\\_do\\_Trabalho\\_no\\_Setor\\_Publico](https://www.academia.edu/47437716/Seguranca_e_Saude_do_Trabalho_no_Setor_Publico)>. Acesso em: 15/09/21.
- NOGUEZ, C. M. R.; BICA, E. R. P.; OLIVEIRA, J. M.; ROSA, K. M.; BECKER, J. L.; MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D. S. Atenção à Saúde do Servidor Público Federal. *Revista Fronteiras em Psicologia*, v. 1, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://fronteira-sem psicologia.com.br/fp/article/view/27>>. Acesso em: 16/09/21.
- PERÉZ, M. A. G. A informação em saúde como elemento de gestão integrada de pessoas na Administração Pública. *Anais... IV Congresso CONSAD de Gestão Pública*. Brasília, 2011.
- PETTIGREW, A.; THOMAS, H.; WHITTINGTON, R. Strategic management: the strengths and limitations of a field. In: Pettigrew, A.; Thomas, H.; Whittington, R. (Eds.) *Handbook of strategy and management*. London: Sage, 2002.
- RENAULT, S. R. T. A reforma do poder judiciário sob a ótica do governo federal. *Revista do Serviço Público*, Brasília, n. 56, v. 2, 2005.
- SADEK, M. T. Poder Judiciário: Perspectivas de Reforma. *Opinião Pública*, Campinas, v. 10, n. 1, maio, 2004.
- WALLIS, J.; GOLDFINCH, S. Explaining patterns of public management reform diffusion. In: Osborne, S.; Brown, L. (Org). *Handbook of innovation in public services*. Chapter 1. London: Edgar Elgar, 2013.
- WHITTINGTON, R. *O que é estratégia?* Porto Alegre: Bookman, 2002.