

RBSO

REVISTA BRASILEIRA DE
SAÚDE
OCUPACIONAL

ISSN 0303 - 7657

RBSO

Vol.36 • nº 123
jan/jun 2011

Dossiê:

**O mundo contemporâneo do trabalho e a
saúde mental do trabalhador - II**

***The contemporary world of work and worker's
mental health - II***

Presidente da República
Dilma Rousseff
Ministro do Trabalho e Emprego
Carlos Lupi

FUNDACENTRO

Presidente
Eduardo de Azeredo Costa

Diretor Executivo Substituto
Hilbert Pfaltzgraff Ferreira

Diretor Técnico
Jófilo Moreira Lima Júnior

Diretor de Administração e Finanças
Hilbert Pfaltzgraff Ferreira

MINISTÉRIO
DO TRABALHO E EMPREGO



FUNDACENTRO
FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO
DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

www.fundacentro.gov.br

Editores Científicos

Eduardo Algranti – Fundacentro, São Paulo-SP
José Marçal Jackson Filho – Fundacentro, Rio de Janeiro-RJ

Editor Executivo

Eduardo Garcia Garcia – Fundacentro, São Paulo-SP

Editores Associados

Andréa Maria Silveira – UFMG, Belo Horizonte-MG
Carlos Machado de Freitas – Fiocruz, Rio de Janeiro
Claudia Carla Gronchi – Fundacentro, São Paulo-SP
Irlon de Ângelo da Cunha – Fundacentro, São Paulo-SP
José Prado Alves Filho – Fundacentro, São Paulo-SP
Marco Antonio Bussacos – Fundacentro, São Paulo-SP
Marcia Hespanhol Bernardo – PUC, Campinas-SP
Mina Kato – São Paulo – Fundacentro, São Paulo-SP
Rita de Cássia Pereira Fernandes – UFBA – Salvador-BA
Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela – USP, São Paulo-SP
Rogério Galvão da Silva – Fundacentro, São Paulo-SP
Rose Aylce Oliveira Leite – Museu Paraense Emílio Göeldi, Belém-PA

Editoras do Dossiê Temático

Edith Seligmann-Silva – editora convidada – USP, São Paulo-SP
Marcia Hespanhol Bernardo – editora convidada – PUC, Campinas-SP
Maria Maeno – editora convidada – Fundacentro, São Paulo-SP
Mina Kato – editora associada – Fundacentro, São Paulo-SP

Conselho Editorial

Ada Ávila Assunção – UFMG, Belo Horizonte-MG
Alain Garrigou – Université Bordeaux 1, Gradignan-França
Angelo Soares – Université du Québec, Montreal-Canadá
Carlos Minayo Gomez – Fiocruz, Rio de Janeiro-RJ
Dalila Andrade de Oliveira – UFMG, Belo Horizonte-MG
Francisco de Paula Antunes Lima – UFMG, Belo Horizonte-MG
Ildeberto Muniz de Almeida – Unesp, Botucatu-SP
Leny Sato – USP, São Paulo-SP
Mário César Ferreira – UnB, Brasília-DF
Raquel Maria Rigotto – UFC, Fortaleza-CE
Regina Heloisa Mattei de Oliveira Maciel – UECE/Unifor, Fortaleza-CE
Renato Rocha Lieber – Unesp, Guaratinguetá-SP
Selma Borghi Venco – Unicamp, Campinas-SP
Vilma Sousa Santana – UFBA, Salvador-BA
Victor Wünsch Filho – USP, São Paulo-SP

Secretaria Executiva

Elena Riederer – coordenação e revisão de inglês
Mina Kato – revisão de inglês
Karla Machado – apoio administrativo e na revisão de textos
Vagner Souza Silva – apoio administrativo e na revisão de referências
Thaís dos Santos Luiz (estagiária)

Produção Gráfica

Gláucia Fernandes – coordenação e criação capa
Gisele Almeida – diagramação capa e miolo
Karina Penariol Sanches – revisão de textos
Marcos Rogeri – impressão gráfica

Normalização

Sérgio Cosmano
Alda Melânia César
Maria Aparecida Giovanelli

Distribuição

Serviço de Documentação e Biblioteca

Digitalização do acervo

Elisabeth Rossi

Indexação

- CAB ABSTRACTS
- CIS/IL0 - International Occupational Safety and Health Information Centre/International Labor Organization
- DOAJ - Directory of Open Access Journals
- GLOBAL HEALTH
- LATINDEX - Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
- LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- REDALYC - Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
- REPIDISCA/BVSDE - Red Panamericana de Información en Salud Ambiental/Biblioteca Virtual en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental

Copyright

Os direitos autorais dos artigos publicados na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional pertencem à Fundacentro e abrangem as publicações impressa, em formato eletrônico ou outra mídia. A reprodução total ou parcial dos artigos publicados é permitida mediante menção obrigatória da fonte e desde que não se destine a fins comerciais.

www.fundacentro.gov.br/rbso

Política Editorial

A RBSO é o periódico científico da Fundacentro publicado desde 1973. Com frequência semestral, destina-se à difusão de artigos originais de pesquisas sobre Segurança e Saúde do Trabalhador (SST) cujo conteúdo venha a contribuir para o entendimento e a melhoria das condições de trabalho, para a prevenção de acidentes e doenças do trabalho e para subsidiar a discussão e a definição de políticas públicas relacionadas ao tema.

A RBSO publica artigos de relevância científica no campo da SST. As contribuições de pesquisas originais inéditas são consideradas prioritárias para publicação. Com caráter multidisciplinar, a revista cobre os vários aspectos da SST nos diversos setores econômicos do mundo do trabalho, formal e informal: relação saúde-trabalho; aspectos conceituais e análises de acidentes do trabalho; análise de riscos, gestão de riscos e sistemas de gestão em SST; epidemiologia, etiologia,nexo causal das doenças do trabalho; exposição a substâncias químicas e toxicologia; relação entre saúde dos trabalhadores e meio ambiente; comportamento no trabalho e suas dimensões fisiológicas, psicológicas e sociais; saúde mental e trabalho; problemas musculoesqueléticos, distúrbios do comportamento e suas associações aos aspectos organizacionais e à reestruturação produtiva; estudo das profissões e das práticas profissionais em SST; organização dos serviços de saúde e segurança no trabalho nas empresas e no sistema público; regulamentação, legislação, inspeção do trabalho; aspectos sociais, organizacionais e políticos da saúde e segurança no trabalho, entre outros.

A revista visa, também, incrementar o debate técnico-científico entre pesquisadores, educadores, legisladores e profissionais do campo da SST. Nesse sentido, busca-se agregar conteúdos atuais e diversificados na composição de cada número publicado, trazendo também, sempre que oportuno, contribuições sistematizadas em temas específicos.

O título abreviado da revista é Rev. bras. Saúde ocup.

Sumário

- Editorial 6 **A RBSO em perspectiva**
Victor Wunsch Filho
- Dossiê temático** 2 **O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador - II**
- Apresentação 8 **Ainda sobre a saúde mental do trabalhador**
Marcia Hespanhol Bernardo, Edith Seligmann-Silva, Maria Maeno, Mina Kato
- Artigos 12 **Mudança permanente: fonte de penosidade no trabalho?**
Jean-Luc Metzger
- 25 **Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA**
Mônica Dantas Farias, Tânia Maria de Araújo
- 40 **Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho**
Elisete Soares Traesel, Álvaro Roberto Crespo Merlo
- 56 **Saúde mental do trabalhador: o assédio moral praticado contra trabalhadores com LER/DORT**
Edil Ferreira da Silva, Keila Kaionara Medeiros de Oliveira, Paulo César Zambroni-de-Souza
- 71 **Considerações sobre trabalho e suicídio: um estudo de caso**
Marcelo Augusto Finazzi-Santos, Marcus Vinícius Soares Siqueira
- Ensaios 84 **Depressão e trabalho: ruptura de laço social**
Sílvia Jardim
- 93 **Síndrome de *Burnout* em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática**
Leandro Dias de Godoy Maia, Nicácio Dieger Silva, Patrícia Helena Costa Mendes
- 103 **A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades**
Marcia Hespanhol Bernardo, Andréia De Conto Garbin
- 118 **A Saúde Mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde**
Renata Paparelli, Leny Sato, Fábio de Oliveira
- Relatos de experiência 128 **Interfaces LER/Saúde Mental: a experiência de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo**
Vera Lúcia Salerno, Mirian Pedrollo Silvestre, Marcos Oliveira Sabino
- 139 **Grupos de enfrentamento do desgaste mental no trabalho bancário: discutindo saúde mental do trabalhador no sindicato**
Renata Paparelli
- Nota técnica 147 **O judiciário e a saúde mental no trabalho**
Ricardo Tadeu Marques da Fonseca
- Resenha 150 **Trabalho e poder de agir**
Maria Elizabeth Antunes Lima

Sumário

Tema livre

Artigos

Influência da posição ortostática na ocorrência de sintomas e sinais clínicos de venopatias de membros inferiores em trabalhadores de uma gráfica na cidade do Recife-PE 153

Flávia de Araújo Berenguer, Dayse de Amorim Lins e Silva, Celina Cordeiro de Carvalho

Participação nos lucros ou resultados e banco de horas: intensidade do trabalho e desgaste operário 162

José Augusto Pina, Eduardo Navarro Stotz

Silicose em trabalhadores de quartzito da região de São Thomé das Letras – Minas Gerais: dados iniciais indicam um grave problema de saúde pública 177

Mário Silveira de Almeida Barbosa, Ana Paula Scalia Carneiro, José Geraldo Felix Seixas Maciel, Elver Andrade Moronte, Poliana de Freitas La Rocca, Adolfo Roberto Moreira Santos

Errata

185

Errata

Contents

Editorial	6	<i>RBSO in perspective</i> Victor Wünsch Filho
Dossier		<i>The contemporary world of work and worker's mental health - II</i>
Presentation	8	<i>More on worker's mental health</i> Marcia Hespagnol Bernardo, Edith Seligmann-Silva, Maria Maeno, Mina Kato
Articles	12	<i>Perpetual change: source of penibility at work?</i> Jean-Luc Metzger
	25	<i>Common mental disorders among workers in the urban area of Feira de Santana – Bahia-Brazil</i> Mônica Dantas Farias, Tânia Maria de Araújo
	40	<i>Immaterial labor in hospital nursing: collective experiences of nurses under the Psychodynamics of Work perspective</i> Elisete Soares Traesel, Álvaro Roberto Crespo Merlo
	56	<i>Worker's mental health: moral harassment at work against workers with Repetitive Strain Injuries/Work Related Musculoskeletal Disorders</i> Edil Ferreira da Silva, Keila Kaionara Medeiros de Oliveira, Paulo César Zambroni-de-Souza
	71	<i>Considerations on work and suicide: a case study</i> Marcelo Augusto Finazzi-Santos, Marcus Vinícius Soares Siqueira
Essays	84	<i>Depression and work: breaking the social bond</i> Sílvia Jardim
	93	<i>Burnout syndrome among community health agents: aspects of their training and practice</i> Leandro Dias de Godoy Maia, Nicácio Dieger Silva, Patrícia Helena Costa Mendes
	103	<i>Work-related mental health care in the Brazilian national health system: challenges and possibilities</i> Marcia Hespagnol Bernardo, Andréia De Conto Garbin
	118	<i>Work-related Mental Health and challenges for healthcare personnel</i> Renata Paparelli, Leny Sato, Fábio de Oliveira
Reports on experience	128	<i>Repetitive Strain Injury and Mental Health: an experience of a Worker's Health Reference Center in the state of São Paulo, Brazil.</i> Vera Lúcia Salerno, Mirian Pedrollo Silvestre, Marcos Oliveira Sabino
	139	<i>Bank workers with mental strain: discussing mental health in a workers' union</i> Renata Paparelli
Technical note	147	<i>Judicial system and mental health at work</i> Ricardo Tadeu Marques da Fonseca
Book review	150	<i>Travail et pouvoir d'agir</i> Maria Elizabeth Antunes Lima

Contents

Assorted topics

- Influence of orthostatic posture in the occurrence of clinical symptoms and signs of lower limb venopathy in workers of a printing company in Recife, Pernambuco, Brazil*** 153

Flávia de Araújo Berenguer, Dayse de Amorim Lins e Silva, Celina Cordeiro de Carvalho

- Profit sharing and flexible working hours: intense workload and worker's wearing down*** 162

José Augusto Pina, Eduardo Navarro Stotz

- Silicosis among quartzite production workers of São Thomé das Letras – Minas Gerais region: initial data indicate serious public health issue*** 177

Mário Silveira de Almeida Barbosa, Ana Paula Scalia Carneiro, José Geraldo Felix Seixas Maciel, Elver Andrade Moronte, Poliana de Freitas La Rocca, Adolfo Roberto Moreira Santos

Articles

Errata

185

Errata

Victor Wunsch Filho¹

A RBSO em perspectiva

RBSO in perspective

¹ Professor Titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Membro do Conselho Editorial da RBSO.

Quatro anos após a implantação efetiva da Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (Fundacentro), foi lançado o primeiro número da *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* (RBSO), referente aos meses de janeiro, fevereiro e março de 1973. Jorge Duprat Figueiredo, primeiro presidente da Fundacentro, dirigiu as palavras inaugurais aos leitores no editorial “A informação como instrumento do progresso”. Alguns temas de Saúde e Segurança no Trabalho (SST), recorrentes ainda hoje, foram abordados naquele número.

O enfoque editorial do número pioneiro da RBSO traduzia o seu tempo. A mensagem, progresso como corolário do acesso à informação, estava em sintonia com o “milagre econômico brasileiro” que se encerraria naquele ano. Porém, ao longo das décadas desde 1973, ficou claro que o progresso desenfreado é deletério para a saúde dos indivíduos. Crescimento do produto interno bruto (PIB), somente, não significa desenvolvimento. Para isto é necessário buscar a equidade econômica e social e elevar a qualidade de vida da população em ambientes saudáveis e sustentáveis.

Nestes quase 40 anos de história, o país e o mundo passaram por transformações profundas. O acesso à informação, restrito no período de nascimento da RBSO, era um objetivo que permitiria avançar na área de SST. Hoje, a sociedade está imersa na era da informática e, submetida ao excesso de informações, precisa distinguir as relevantes. A conquista de melhor qualidade de vida dos trabalhadores, bem como da população em geral, mais do que informação exige *conhecimento*, ou seja, a informação qualificada obtida por meio de pesquisas transdisciplinares.

Desde o marco inicial, folhear os sucessivos números da RBSO é transitar, em diferentes épocas, pelos principais tópicos relacionados à SST, muitos dos quais tratados por ícones desta área no país. Mas examinar os volumes da RBSO também é perceber as crises em sua trajetória. Por alguns anos, com a descontinuidade da periodicidade, os artigos publicados perderam densidade. Consequentemente, sua importância ficou reduzida e sua penetração fraca na área de SST. A reversão desta tendência iniciou-se recentemente.

O editorial da publicação conjunta dos números 107/108, de 2003, informava que a RBSO passaria por mudanças no processo e na organização editorial. O número 114, do segundo semestre de 2006, com dossiê temático sobre o trabalho em teleatendimento, marca a inflexão em direção às mudanças anunciadas. As chamadas para números temáticos foram eficientes para atrair artigos de qualidade, alguns provenientes de dissertações de mestrado e teses de doutorado e, mesmo, de livre-docência. A análise das taxas de

recusa de manuscritos submetidos à RBSO nos três últimos anos corrobora o fato. Em 2008, o volume 32 incluiu um número temático e outro por demanda espontânea, sendo recusados 80,6% dos artigos sob avaliação. No volume 33, de 2009, formado por dois números com demanda livre, a recusa atingiu a desconcertante taxa de 88,9%, embora o número de contribuições submetidas naquele ano tenha sido o mais elevado do período. Finalmente, em 2010, com dois números temáticos, a taxa de recusa recuou para 76%.

Após o início do projeto de reestruturação, as pesquisas originais formam a maior proporção dos artigos publicados, característica marcante de um periódico científico. Os temas analisados são múltiplos na abrangência da área de SST, revelando as preocupações atuais em relação à saúde do trabalhador nas condições do mundo do trabalho no Brasil deste início do século XXI. Outro ponto a destacar, a RBSO recebe contribuições de diferentes regiões do país. A predominância é da produção científica oriunda da região Sudeste, mas há significativa participação do Nordeste e do Sul. Todavia, a representação das regiões Centro-Oeste e Norte é ainda limitada. A RBSO tem alcance e difusão nacional, porém vale registrar a presença de artigos provindos do exterior.

A produção científica contemporânea na área de SST floresce e emerge com vigor das páginas recentes da RBSO, entretanto, ainda há desafios a enfrentar. Embora períodos de transição sejam árduos para publicações científicas, obter a inserção da RBSO em redes mais amplas de indexação científica para aumentar sua visibilidade certamente é uma tarefa prioritária e um objetivo a ser atingido. Os pesquisadores da área de SST têm reagido positivamente às iniciativas de renovação da RBSO (MACHADO, J. M. H.; LACAZ, F. A. C. Respondendo a um chamamento! *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 6, jan./jun. 2010), mas é necessário que a elejam como locus principal para a divulgação de seus melhores trabalhos. A RBSO é a única revista brasileira que comporta o espectro de temas específicos da Saúde do Trabalhador dentro da grande área da Saúde Coletiva. Congregar este conhecimento na RBSO estimulará um profícuo debate na área de SST sobre fatores determinantes das doenças ocupacionais, estratégias de prevenção e definição de políticas públicas para o controle.

O compromisso editorial assumido em 2007 (GARCIA, E. G.; JACKSON FILHO, J. M. Sobre o projeto de reestruturação da RBSO. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 32, n. 116, p. 04-05, jul./dez. 2007) vem sendo seguido à risca. Os resultados são já evidentes e a consolidação da RBSO no tempo que há de vir é inexorável. A maturidade da comunidade de SST no Brasil para gerar conhecimento é a garantia deste futuro.

Marcia Hespanhol Bernardo¹
Edith Seligmann-Silva²
Maria Maeno³
Mina Kato⁴

Ainda sobre a saúde mental do trabalhador

More on worker's mental health

¹ Editora convidada – Pontifícia Universidade Católica, Campinas, SP.

² Editora convidada – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

³ Editora convidada – Fundacentro, São Paulo, SP.

⁴ Editora associada – RBSO, Fundacentro, São Paulo, SP.

No primeiro volume do dossiê temático “O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador”, discutimos a precarização social e suas repercussões para a saúde do trabalhador, bem como citamos algumas abordagens da saúde mental que se ocupam deste tema. Na apresentação deste segundo volume, trazemos outro aspecto associado ao contexto contemporâneo do mundo do trabalho: a contradição entre discurso e prática corporativa. Esse tema é fundamental para a compreensão do desgaste, do sofrimento e do adoecimento mental relacionados ao trabalho, assim como para a formulação de políticas públicas na área de saúde do trabalhador – tópicos abordados nos artigos deste volume.

Tanto nas esferas das políticas de governo, quanto na alta direção das corporações sempre houve clareza sobre a importância de construir discursos persuasivos, capazes de criar consensos favoráveis às transformações profundas que se quisessem implementar. Deste modo, o sucesso de grandes mudanças dependeria do apoio e do estímulo de uma nova cultura, de uma nova mentalidade e, portanto, precedida por uma hábil e meticulosa fabricação de consenso.

Em um estudo comparativo da literatura direcionada ao setor empresarial nas décadas de 1960 e 1990, Boltanski e Chiapello (1999) observaram uma mudança radical no discurso predominante nas publicações voltadas a gestores empresariais. Citam como exemplo a metáfora militar que era usada de forma positiva na organização do trabalho, que, mais tarde, passou a ter uma conotação pejorativa na crítica aos modelos de trabalho não “flexíveis”. De acordo com esses autores, tal diferença não ocorre por acaso. O que se passa é que as mudanças tecnológicas e mercadológicas atuais impõem outras formas de organização de processos de produção, de relações de trabalho e, especialmente, outro perfil de trabalhador. No Brasil, vários autores empreenderam minuciosas análises sobre a forma que o processo assumiu no cenário nacional em conjunção aos retrocessos – muitas vezes invisibilizados – dos direitos sociais e, em vários aspectos, da própria política social (MOTA, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2006; OLIVEIRA, 1998; TELLES, 1999).

Boltanski e Chiapello (1999) destacam o lugar da literatura de gestão empresarial na consolidação de um novo “espírito do capitalismo”, coerente com as características “flexíveis” do capitalismo contemporâneo. Trata-se, então, de uma ideologia, que, sendo dominante:

[...] tem, teoricamente, a capacidade de penetrar em um conjunto de representações mentais próprias de uma época determinada, de infiltrar-se nos discursos políticos e sindicais e de proporcionar representações legítimas e esquemas de pensamento aos jornalistas e investigadores, de tal forma que sua presença é, ao mesmo tempo, difusa e generalizada. (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 1999, p. 94)

O historiador e sociólogo brasileiro Maurício Tragtenberg antecipou, já em 1980, ao analisar a fase inicial da reestruturação produtiva, os fenômenos que são ao mesmo tempo de ordem ética, política, social e subjetiva e que se disseminaram durante os 30 anos que se seguiram a essa publicação:

Existe atualmente a psicomanipulação. Ou seja, não só a mais-valia é extraída do trabalho; *há a perda do seu 'ser'* em detrimento do bom desempenho profissional, tendo como única finalidade a rentabilidade. (Tragtenberg, 1980, p. 29, grifos nossos)

O processo em que emerge esta perda e o significado dos desdobramentos deste fenômeno vem sendo analisado por filósofos, psicólogos e cientistas sociais sob diferentes perspectivas e denominações, e foi campo de estudo de vários artigos apresentados neste dossiê. A forma pela qual se processa, na atualidade, o esmagamento do ser social por meio dos impedimentos ao agir constitui a temática central do livro de Yves Clot intitulado *Trabalho e poder de agir*, cuja resenha Lima nos traz no final do Dossiê.

Em uma recente entrevista, Danièle Linhart (2011) pontua que, nas últimas décadas é possível observar diversas estratégias gerenciais que visam à fragilização subjetiva dos trabalhadores de modo a mantê-los reféns do empregador. Entre elas, está uma “multiplicidade de reformas sistemáticas”, nos mais diversos âmbitos do trabalho. A crítica referente à mudança organizacional permanente e o alerta sobre seus impactos psicossociais despertaram a atenção internacional a partir de um estudo de Grey (2004), originalmente publicado na Inglaterra em 2002. Neste dossiê, é Metzger que discute os efeitos psicossociais decorrentes da vivência de mudanças incessantes de dispositivos gerenciais e técnicos no âmbito do trabalho. Partindo de diferentes situações de trabalho, o autor mostra que, se em alguns casos, os trabalhadores conseguem tirar vantagens da situação vivenciada, em outros, a mesma experiência se configura como uma fonte de penosidade que pode levar à degradação da saúde mental.

O trabalhador, na sua tentativa de se adaptar ao sistema, adota estratégias de defesa que são as mediações ao sofrimento, tais como a dissimulação, a hiperatividade, o cinismo, o desprezo, a desesperança em ser reconhecido, a violência aos subordinados, a negação dos riscos inerentes ao trabalho, a comunicação distorcida (MENDES, 2007). Sendo as estratégias individuais insuficientes frente ao contexto instável e fluido somado a um discurso legitimador contraditório com a vivência cotidiana dos trabalhadores – que afirma, por exemplo, que as propostas de organização do trabalho atuais respeitariam mais as características individuais de cada um (BERNARDO, 2009) –, a degradação da saúde do trabalhador é ainda maior. A ansiedade, o medo e os desgastes se acumulam, sejam físicos ou mentais, e podem consumir o trabalhador até um *burnout*. A depressão pode advir recorrente ou severa; a desesperança e o desespero podem levar ao suicídio.

Artigos deste dossiê ilustram este cotidiano adoecedor, alguns com a fala dos próprios trabalhadores. Os exemplos vêm de empresas de diversos ramos: lavanderia, *telemarketing*, montagem de eletrônicos e serviços de alimentação discutidos por Salerno, Silvestre e Sabino; calçados, por Silva e Oliveira e Zambroni de Souza; bancos, por Paparelli e por Finazzi-Santos e Siqueira; e hospital, por Traesel e Merlo.

A individualização das relações de trabalho nesse contexto contemporâneo, segundo Linhart (2000), tem como consequência a destruição dos coletivos de trabalhadores. Assim, se, anteriormente, era possível o estabelecimento de uma identidade comum aos trabalhadores a partir da homogeneização das categorias profissionais, na atualidade, as relações de trabalho são ambíguas e instáveis. De acordo com a autora:

Não são mais as categorias que se encontram confrontadas às situações idênticas de trabalho, a idênticas coerções, a uma mesma lógica de dominação, que é coletiva por natureza. É o indivíduo que está sozinho em face desta nova forma de dominação e face às contradições que ela carrega. E ele procura assumir estas pressões, persuadido no fundo de si mesmo que são suas próprias insuficiências que tornam sua missão tão difícil e não as contradições inscritas na própria organização. (LINHART, 2000, p. 34)

A forma de organização do trabalho “minimax” (mínimo investimento, máxima produtividade) já não se restringe mais ao trabalho fabril ou, sequer, ao mundo empresarial (BLANCH-RIBAS; CANTERA, não publicado)¹. Elas já teriam colonizado quase todos os âmbitos da vida humana, individual e coletiva, penetrando, inclusive, em áreas que, tradicionalmente, sempre tiveram certa autonomia e independência, como a saúde e a universidade. Segundo Blanch-Ribas e Cantera:

A versão neoliberal da autonomia do sistema de saúde e da liberdade acadêmica induz à redução de qualquer instituição de saúde ou universitária, seja qual for sua titularidade (pública, mista ou privada), ao *status* de empresa mercantil que compete com outros centros privados e públicos, tratando de vender sua mercadoria de saúde ou educação em escala local ou global, de acordo com as regras do livre comércio. Essa metamorfose organizacional comporta, por sua vez, a redefinição das funções e competências da gerência respectiva, com licença implícita para o *managing by stress*. (p. 10)

¹ BLANCH-RIBAS, J. M.; CANTERA, L. La doble cara de la mercantilización de los servicios universitarios y hospitalarios. In: Álvaro, J. L. (Org.). *Psicología Social del Trabajo y de las Organizaciones*. Não publicado.

Assim, os trabalhadores da área de saúde pública também estão sujeitos à lógica atual do capitalismo, que se soma aos desgastes inerentes ao trabalho nesse campo. Traesel e Merlo nos apresentam enfermeiras de um hospital privado que cada vez menos têm tempo e espaço para interação com seus colegas e para o cuidado de seus pacientes, reduzindo sua possibilidade de discussão, elaboração compartilhada de sentimentos e de relacionamento efetivo com a equipe. Maia, Silva e Mendes discutem a realidade das agentes comunitárias de saúde e a necessidade de se repensarem na sua formação e prática para que o desgaste ocupacional não as conduza ao *burnout*.

A organização *minimax*, pois, não destrói apenas o coletivo do trabalho, traz também a ruptura do laço social de forma geral. Esta característica da sociedade capitalista ocidental na atualidade e sua vinculação com a maior incidência de depressão é o tema do ensaio de Jardim, que afirma: “As depressões irrompem o século XXI como ‘mal do século’ e o mal-estar no trabalho chega ao suicídio” (p. 84). Finazzi-Santos, Siqueira e Mendes (2010) citam principalmente estudos japoneses que discutem a depressão, a síndrome do *burnout*, o *karoshi* (morte) e o *karojisatsu* (suicídio) como repercussões do excesso de trabalho. O livro de Dejours e Bègue (2010) intitulado *Suicídio e trabalho: o que fazer?*, trata da onda de suicídios no trabalho ocorrida recentemente na França e em outros países. Dejours (2010) afirmou em uma entrevista que a emergência de suicídios e de tentativas de suicídio no próprio local de trabalho é um fenômeno recente no mundo ocidental e que estes eventos são “uma mensagem brutal (...) dirigida à comunidade de trabalho, aos colegas, aos subalternos, à empresa”.

No Brasil, os poucos estudos que indicam associação entre profissões e suicídio mencionam médicos (VENCO; BARRETO, 2010), bancários (FINAZZI-SANTOS; SIQUEIRA; MENDES, 2010) e agricultores (PIRES; CALDAS; RECENA, 2005) como categorias “susceptíveis”. Neste dossiê, trazemos um estudo de caso de Finazzi-Santos e Siqueira que discute o papel do trabalho na vida e morte de um bancário para ilustrar a mudança na tendência de suicídios relacionados o trabalho. Estes eram mais associados a profissões que lidavam com situações perigosas e de emergência, mas agora aparecem também relacionadas a “ocupações diferenciadas, quais sejam: as expostas a lógicas de gestão pautadas pela individualização na avaliação, pela organização do trabalho, regulada crescentemente pela máxima qualidade da produção e pelo intenso processo de terceirização” (VENCO; BARRETO, 2010, p. 1).

Os relatos de experiência de programas em universidades, como os apresentados nos artigos de Paparelli e de Jardim deste dossiê, ou da experiência de Cerests, como no artigo de Salerno, Silvestre e Sabino, evidenciam os trabalhadores que, como diz Jardim (p. 88), “adoecem gravemente diante de situações de impasses incontornáveis da organização do trabalho”. Por outro lado, Paparelli, Sato e Oliveira revelam, em seu ensaio, que em suas vivências nos serviços do SUS e de práticas docentes, muitos profissionais de saúde vêm demonstrando descrença na existência de relações entre transtornos mentais e trabalho. Mais ainda, a Organização Mundial da Saúde admite que a descrença se estende ao fato da ausência de saúde mental ser um relevante problema em Saúde Pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Reconhecendo isso, o periódico *The Lancet*, em 2007, dedicou um volume especialmente à saúde mental. Nele, Horton comenta que saúde mental é um aspecto negligenciado do bem-estar do ser humano e intimamente ligado a outras condições de saúde do mundo (HORTON, 2007). No mesmo volume, Prince e colaboradores afirmam que cerca de 14% da carga global de doença pode ser atribuída a doenças neuropsiquiátricas, principalmente a depressão e outros transtornos mentais, psicoses, abuso de álcool e uso de drogas. Os mesmos agravos são os maiores responsáveis pela perda de anos por incapacidade entre as doenças não-infecciosas (PRINCE et al., 2007). A Organização Mundial da Saúde estimou, em 2002, um mundo com 154 milhões de pessoas sofrendo com depressão, 25 milhões com esquizofrenia, 91 milhões com problemas de alcoolismo e 15 milhões com uso de drogas e cerca de 877.000 pessoas cometendo suicídio a cada ano. E, ainda, um em quatro pacientes de serviços de saúde apresentaria pelo menos um transtorno neurológico ou comportamental que, na maioria dos casos, não é tratado nem diagnosticado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O artigo de Farias e Araujo versa sobre um estudo populacional que encontrou transtornos mentais comuns em cerca de 25% dos trabalhadores de uma cidade de porte mediano da Bahia, prevalência esta corroborada por outros estudos nacionais e internacionais. Quantos destes e outros casos mais graves passam nos serviços de saúde sem serem diagnosticados? E quantos dos diagnosticados teriam a possível associação com o trabalho investigada? Paparelli, Sato e Oliveira lembram aos profissionais da área de saúde que a identificação de tais agravos e a busca do contexto em que estes evoluem é fundamental para que se possa reconhecer e enfrentar a lógica simplificadora e culpabilizante da ocorrência de acidentes e do adocimento dos trabalhadores ou, ainda, a lógica que naturaliza as condições e a organização do trabalho.

Para além do diagnóstico e do tratamento dos agravos relacionados ao trabalho, há a questão da reabilitação dos adoecidos ou acidentados – o retorno ao trabalho. O trabalhador que tem seu corpo acometido por uma doença relacionada ao trabalho incomoda, pois contradiz o discurso predominante de que o trabalhador estaria hoje vivenciando um contexto de superação da opressão taylorista e, ainda, representa a falibilidade das estratégias de defesa dos próprios trabalhadores. Assim, quando portadores de LER/DORT retornam ao trabalho, tornam-se vítimas de violência psicológica, que visa à sua exclusão ou expulsão. Os relatos de Silva, Oliveira e Zambroni de Souza e de Salerno, Silvestre e Sabino reportam casos de assédio moral e organizacional praticados em empresas de ramos distintos. Estes estudos apontam

a multiplicação de trajetórias humanas cuja culminância – que se concretiza em desamparo e exclusão social – merece não apenas reflexão, mas a instituição de políticas públicas e de empresas – que precisam ser urgentemente instauradas para prevenir a produção massiva do desgaste configurada por tais trajetórias de vida e trabalho.

O ensaio de Bernardo e Garbin traz uma análise dos desafios das áreas programáticas da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador em superar o isolamento atualmente existente entre as duas áreas e construir elos de integração de suas práticas e, ao mesmo tempo, tornar visível a participação significativa dos condicionantes sociais e, particularmente, do trabalho contemporâneo no adoecimento dos trabalhadores, vencendo a ideia ainda dominante de que a fragilidade psicológica individual é a causa desse adoecimento. Com sólidas bases conceituais e com a bagagem de uma vivência ativa na linha de frente do SUS, as autoras fazem uma retrospectiva das histórias dessas áreas programáticas no sistema público, para depois pontuarem as dificuldades e as possibilidades de superá-las na difícil missão de tornar a saúde mental relacionada ao trabalho uma questão que perpassasse toda a estrutura do SUS.

A nota técnica escrita pelo desembargador Marques da Fonseca assinala a importância de se avançar na especificação de medidas preventivas legais do adoecimento mental relacionadas ao trabalho e ilustra com alguns casos a abordagem que o judiciário vem fazendo em relação aos transtornos psíquicos.

Se por um lado são grandes os obstáculos apontados pelos autores dos artigos apresentados neste dossiê, não nos passam a ideia da intransponibilidade. Ao contrário, experiências sobre grupos de enfrentamento do desgaste mental no trabalho ou sobre a atuação de um Cerest e as possibilidades de construção propostas nos ensaios de Bernardo e Garbin e de Paparelli, Sato e Oliveira são desafiadas como convites para novas experiências para quem quer se engajar na difícil tarefa de tornar a subjetividade mais compreensível e reconhecida em nossa sociedade.

Referências

- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2006.
- BERNARDO, M. H. *Trabalho duro, discurso flexível: uma análise das contradições do toyotismo a partir da vivência de trabalhadores*. São Paulo: Expressão Popular, 2009.
- BOLTANSKI, L.; CHIAPELLO, E. *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard, 1999.
- DEJOURS, C. *Um suicídio no trabalho é uma mensagem brutal*: depoimento. [01 de fevereiro, 2010]. Entrevistador: Ana Gerschenfeld. Lisboa: Público. Disponível em: <http://www.publico.pt/Sociedade/um-suicidio-no-trabalho-e-uma-mensagem-brutal_1420732>. Acesso em: 10 fev. 2010.
- DEJOURS C.; BÈGUE F. *Suicídio e trabalho: o que fazer?* Brasília: Paralelo 15, 2010. (Originariamente publicado como Dejours, C.; Bègue, F. *Suicide et travail, que faire?* Paris: PUF, 2009).
- FINAZZI SANTOS, M. A.; SIQUEIRA, M. V. S.; MENDES, A. M. Tentativas de suicídio de bancários no contexto das reestruturações produtivas. *RAC - Revista de Administração Contemporânea*, Curitiba, v. 14, n. 5, p. 925-938, 2010. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/rac>>. Data do acesso: 05 maio 2011.
- GREY, C. O fetiche da mudança. *Revista de Administração de Empresas (R.A.E.)*, v. 44, n. 1, p. 9-25, 2004. (publicado originalmente em *Tâmara: Journal of Critical Postmodern Organization Science*, v. 2, n. 1, p. 1-19, 2002).
- HORTON, R. Launching a new movement for mental health. *The Lancet*, v. 370, n. 9590, p. 806, 2007.
- LINHART, D. O indivíduo no centro da modernização das empresas: um reconhecimento esperado, mas perigoso. *Trabalho & Educação. Revista do NETE*, Belo Horizonte, v. 7, p. 24-36, 2000.
- LINHART, D. Danièle Linhardt: entrevista. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 149-160, 2011.
- MOTA, A. E. *A nova fábrica de consensos*. São Paulo: Cortez, 2008.
- MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.) *Psicodinâmica do trabalho: teoria, métodos e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 29-48.
- OLIVEIRA, F. *Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- PIRES, D. X.; CALDAS, E. D.; RECENA, M. C. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 598-605, 2005.
- PRINCE, M. et al. No health without mental health. *The Lancet*, n. 370, p. 859-877, 2007.
- TELLES, V. S. *Direitos Sociais: afinal do que se trata?* Belo Horizonte: UFMG, 1999.
- TRAGTENBERG, M. *Administração, poder e ideologia*. São Paulo: Moraes, 1980.
- VENCO, S.; BARRETO, M. O sentido social do suicídio no trabalho. *REA - Revista Espaço Acadêmico*, v. 9 n. 108, p. 1-8, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/issue/view/423>>. Acesso em: 05 maio 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Who urges more investments, services for mental health*. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/who_urges_investment/en/index.html>. Acesso em: 05 maio 2011.

Mudança permanente: fonte de penosidade no trabalho?*

Perpetual change: source of penibility at work?

Jean-Luc Metzger¹

¹ Pesquisador associado do Centre National des Arts et Métiers – Laboratoire Interdisciplinaire pour la Sociologie Economique (CNAM-LISE), Paris, França.

Contato:

41, rue de la Fontaine Grelot; Bâtiment 6; 92340 Bourg-la-Reine, France

Email:

jeanluc.metzger@orange-ftgroup.com

* Tradução: Selma Venco

Revisão técnica da tradução: José Marçal Jackson Filho

Artigo parcialmente baseado na tese para l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR) intitulada *La volonté de changer: l'institution du travail au risque du changement technico-organisationnel permanent*, apresentada à l'Université d'Evry Val d'Essonne, em 2007.

Resumo

Este artigo se propõe a examinar as possíveis condições para a melhoria duradoura da saúde psíquica dos trabalhadores. Para fazê-lo, após ter sintetizado as principais causas imediatas dos problemas psicossociais, recolocamo-los no contexto contemporâneo caracterizado pela renovação incessante dos dispositivos técnicos e de gestão. Assim, compreender os fenômenos dos problemas psicossociais no trabalho implica em se interessar pelos efeitos da mudança permanente. Precisamente, para considerarmos, de forma geral, estes efeitos sobre a saúde, elaboramos uma grade de análise a partir da herança da sociologia do trabalho e da noção de trabalho instituição (proposta por Lallement). Esta grade de análise é, em seguida, utilizada em situações empíricas variadas (hospitais, universidades, empresas multinacionais) para demonstrarmos que a mudança permanente engendra uma polarização dos indivíduos. Certos trabalhadores perdem seu vínculo com o trabalho e assim iniciam um processo de degradação de sua saúde, enquanto outros tiram proveito do movimento e permanecem em boa saúde. Enfim, a mudança perpétua é explicada como resultado de dinâmicas próprias ao campo da gestão e de uma postura reificante específica da abordagem racionalizadora. Assim, a fim de melhorar de forma duradoura a saúde psíquica no trabalho, é necessário intervir no coração das relações sociais.

Palavras-chave: mudança permanente; racionalização; gestão; reificação; problemas psicossociais.

Abstract

The purpose of this article is to examine possible circumstances for a long lasting improvement of workers' psychological health. After having synthesized the main immediate causes of psychosocial problems, those problems were placed in the contemporary context which is characterized by the incessant renewal of technical and managerial apparatus. To understand the phenomena of psychosocial problems at work one has to be aware of the effects of perpetual change. To analyze these effects on workers' health, an analysis grid is presented, which was built based on the heritage of sociology of work and the notion of work institution (proposed by Lallement). This analysis grid is then applied in several empirical situations (hospitals, universities, multinational companies) to demonstrate that permanent changes lead to a polarization of individuals. Some workers loose their connection to work and, as a consequence, develop a process of degradation of their health, while others take advantage of the movement and remain in good health. Finally, perpetual change is explained as a result of typical dynamics of the management field and of a reification posture which is emblematic to the rationalizing approach. Therefore, it is necessary to intervene in the core of social relations to be able to improve workers' psychological health in a long lasting way.

Keywords: *perpetual change; rationalization; management; reification; psychosocial problems.*

Recebido: 18/12/2009

Revisado: 20/10/2010

Aprovado: 08/12/2010

Saúde e trabalho: a importância da mudança técnico-gerencial

Disponemos hoje de um número significativo de estudos que se interessam pelos efeitos da organização do trabalho sobre a saúde. Para apreciar a importância do fenômeno, pode-se colocar em primeiro lugar dados quantitativos. Neste sentido, Vogel (2009, p. 111) lembra que, “a cada ano, cerca de 160.000 pessoas morrem devido a acidentes de trabalho ou a doenças causadas pelo trabalho na Europa dos Vinte e Sete”. Mais precisamente, se os problemas ligados aos ambientes de trabalho perigosos (poeiras, amianto, produtos químicos tóxicos, ruído, trabalho realizado em altura, dentre outros) permanecem estáveis, há uma década constata-se o crescimento dos riscos ligados à organização do trabalho.

O maior problema constitui-se pela *intensificação do trabalho* (ritmo de trabalho mais elevado, prazos muito restritos). Ela se amplia desde 1991 na Europa e se acompanha da pressão exercida diretamente sobre os trabalhadores em função das exigências do mercado (DEBOUT et al., 2009). Pois, há mais de quinze anos, assiste-se a uma racionalização do trabalho no setor terciário, mais comumente em tudo que diz respeito a serviços de relacionamento com usuários/clientes, como no caso das centrais de atendimento, dos serviços de alimentação do tipo *fast food*, dos hospitais, inclusive dos serviços públicos e de entidades associativas. A mais evidente manifestação deste crescimento da penosidade² reside na degradação simultânea dos equilíbrios psíquicos e físicos em um número crescente de trabalhadores. Isto se traduz em uma verdadeira “epidemia” de problemas musculoesqueléticos e, ao mesmo tempo, em uma série de sintomas percebidos como estresse e distúrbios psicossociais (DPS).

Certamente, a nova “penosidade” do trabalho parece concernir inicialmente às dimensões psicológicas e se manifesta por um aumento da fadiga, do esgotamento – até o *burnout* –, pelo agravamento de alterações do sono, o aparecimento de doenças psíquicas, como a depressão e o desenvolvimento de distúrbios do comportamento, às vezes chegando à violência, assim como o recrudesci-

mento de diferentes formas de vício (álcool, medicamento, dentre outras). Nos casos mais graves, a acumulação de fontes de penosidade e a manutenção de condições de isolamento conduzem os trabalhadores, incluindo-se os *quadros*,³ ao suicídio. Além disso, estes distúrbios, por sua vez, podem ter repercussões sobre o plano físico e resultar em doenças cardiovasculares, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT), dentre outros. Ora, mesmo na ausência de gestos repetitivos, a intensificação dos ritmos de trabalho, o aumento das exigências (redução das margens de manobra) e a perda do sentido do trabalho são também fatores que explicam o aumento de LER/DORT (DANIELLOU; ESCRIVA, 2008). Resumindo em uma fórmula, pode-se dizer que, *ceteris paribus*, quanto menos margem de manobra e trabalho coletivo existirem, mais crescerá a penosidade, degradando simultaneamente as condições de saúde psíquica e física dos trabalhadores.

É o que confirma, por exemplo, Valeyre (2007), que compara os riscos e os danos à saúde no trabalho segundo formas de organização do trabalho. Seu estudo permite destacar o quanto as escolhas organizacionais têm impactos diversificados sobre a saúde ou, dito de outra forma, o quanto certas organizações podem ser mais deletérias que outras. Em particular, as condições de trabalho e a saúde no trabalho são frequentemente piores nas organizações chamadas de produção enxuta (*just-in-time*, melhoria contínua de produção, produção puxada pelo mercado) que nas organizações tayloristas. Se os mais atingidos são os trabalhadores de baixa qualificação e os precários (LUNDBERG et al., 2007), os *quadros* são igualmente afetados, especialmente porque são submetidos a normas de qualidade mensuráveis (DAUBAS-LETOURNEUX; THÉBAUD-MONY, 2002).

No cerne do crescimento dos DPS e de suas incidências sobre a saúde física dos trabalhadores, encontram-se, portanto, as novas formas de organização do trabalho (ASKENAZY et al., 2006), as quais agem sobre a saúde de forma indireta. Pressionados para assumirem só a responsabilidade de seu trabalho (quantitativamente e qualitativamente) e sem poder contar com as solidariedades profissionais, os trabalhadores interiorizam as injunções gerenciais de serem “os respon-

² N.T.: o autor emprega no original a palavra *penibilité* aqui traduzida por penosidade, embora seu emprego no Brasil seja, de modo geral, menos abrangente. *Penibilité* é, de um lado, um objeto de pesquisa atual das ciências sociais na França e considerado um conceito em construção, que procura responder à crescente demanda social apresentada por diversas categorias de trabalhadores devido à degradação de suas condições de trabalho. Por outro lado, a caracterização da *penibilité* é utilizada pelos sindicatos na negociação social junto às empresas e ao poder público. Considera-se que no Brasil, a categoria penosidade porta frequentemente um caráter objetivo (e, portanto, mensurável), especialmente no campo do direito do trabalho. Ressalte-se que o estudo da *penibilité* considera também a dimensão subjetiva, a exemplo do analisado por Leny Sato (As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. *Cad. Saúde Pública*, v. 12, n. 4, p. 489-495, 1996), ao ponderar que a compreensão da literatura sobre o tema é estrita à vinculação ao trabalho que requer esforços físicos demasiados, realizados em alto mar, nas alturas ou a céu aberto. Contudo, pela perspectiva do trabalhador, “o que nucleia o conceito, ou seja, o cerne do problema, é o controle, que remete justamente à relação dos trabalhadores com os contextos de trabalho, não se reduzindo a penosidade apenas à presença desses problemas e sim à condição de sujeito na relação de trabalho, onde o incômodo, o sofrimento e o esforço estão presentes. Em outras palavras, neste caso, para o trabalhador, o problema não é o que se denomina de “risco”, mas a relação mantida com o trabalho e suas condições, possibilitada pelo contexto organizacional” (SATO, 1996, p. 492).

³ N. T.: No francês, o autor empregou o termo *cadres*, que optamos por traduzir por quadros. *Cadre* corresponde ao chamado trabalhador de colarinho branco (em inglês, *white collar worker*), ou seja, todos os empregados da empresa que não são operários (trabalhador de colarinho azul ou, em inglês, *blue collar worker*). No Brasil, algumas traduções utilizam a palavra executivo. Todavia, os executivos são apenas parte dos *cadres*.

sáveis”. “Tomam para si”, sentem-se responsáveis por seus fracassos (culpabilidade), ainda que devam realizar tarefas “impossíveis” (objetivos irreais, ausência de formação adaptada, impossibilidade de testar) ou executar atividades cujos procedimentos são inadequados (ferramentas ou procedimentos incompatíveis, trabalho coletivamente realizado, mas individualmente avaliado, interrupções frequentes) ou, ainda, efetuar tarefas inúteis (perda do sentido).

Estes fenômenos são muito preocupantes, pois, de um lado, não são reversíveis, ou seja, não é suficiente mudar de posto de trabalho para que os efeitos cessem (POMMIER et al., 2006) e, por outro lado, eles se traduzem pelo desgaste dos trabalhadores que têm mais de 50 anos (DEBRAND; LENGAGNE, 2007). Estes últimos manifestam mais DPS se estão (ou têm sido há muito tempo) submetidos a fortes exigências de tempo, dispõem de frágeis margens de autonomia e recebem formas de retribuição insuficientes (MOLINIÉ, 2006). Ora, em inúmeros países, os governantes editam leis obrigando os trabalhadores a permanecerem no emprego até 65 anos (BOSCH; SCHIEF, 2006). É urgente, portanto, encontrar formas alternativas de organização do trabalho, que, devido a sua incidência positiva sobre a saúde, ao longo da vida profissional, limitaria o desgaste.

Todavia, esta ambição se choca, para nós, com uma das características estruturais das organizações contemporâneas: o processo de transformação incessante de todas as dimensões do trabalho (METZGER, 2007b). Com efeito, não somente a organização do trabalho e do tempo de trabalho evoluiu em direção à intensificação e à precarização das formas de emprego, mas também as características desta intensificação e desta precarização (regras, princípios, ferramentas, localização, responsáveis/gerentes, colegas) mudam frequentemente, o que contribui para desestabilizar, perder o interesse, cansar, desencorajar, a cada ocorrência, uma parcela dos trabalhadores. Isso torna, finalmente, muito difíceis, até mesmo impossíveis, as tentativas para melhorar de forma duradoura a saúde no trabalho.

Prolongando estas reflexões, propomo-nos a mostrar que a causa na origem desta degradação substancial do atual estado de saúde dos trabalhadores e, ao final das contas, em sua decrepitude reside menos em uma forma particular de organização do que *no emprego massivo de dispositivos de gestão* cuja característica maior é *produzir a mudança permanente*. Nesta perspectiva, indicaremos, em um primeiro momento, em quem os universos do trabalho podem hoje, mais do que ontem, ser caracterizados pela permanência de seus desacordos (I). Depois, elaboraremos um modelo para analisar os efeitos na saúde desta mudança permanente (II). Tal exercício compreenderá três momentos: inicialmente, extrair os principais aportes da sociologia do trabalho em matéria de estudo da mudança (II-a); depois, articular estes aos da sociologia econômica por meio da noção de instituição (II-b); enfim, construir uma grade de análise detalhada (II-c). Em um terceiro momento, mobilizaremos esta grade para contemplar as articula-

ções complexas entre saúde no trabalho e renovação técnico-gerencial (III). Identificaremos, assim, os efeitos de polarização da mudança permanente. No quarto momento (IV), propor-nos-emos a considerar a existência desta mudança permanente por meio de duas dinâmicas: a primeira, própria ao fenômeno gerencial em si (IV-a); e a segunda, relativa ao pensamento racionalizador de uma forma geral (IV-b). Dispostos, assim, ao final deste percurso, de uma visão do conjunto dos meios de ação que permitem melhorar de forma duradoura a saúde dos trabalhadores.

I) Trabalhar é procurar se adaptar ao imperativo da mudança permanente

Esferas profissionais e vontade de mudar

O que caracteriza, atualmente, as esferas profissionais reside menos no uso de certos dispositivos técnicos ou de gestão (MAUGERI, 2006) do que na pressão para renovar incessantemente todas as dimensões do trabalho. Certamente, estas injunções para se adaptar incessantemente não são novas: elas são, de certo modo, consubstanciais à racionalização dos modos de produção industrial (FRIEDMANN, 1964; NAVILLE, 1963). Contudo, os mundos sociais do trabalho, desde o final dos anos 1970, conhecem uma aceleração do ritmo destas injunções para as mudanças.

Esta aceleração é, ela mesma, resultado de uma sucessão de decisões tomadas pelas elites políticas e econômicas de muitos países: globalização dos mercados financeiros e das bolsas de valores, desregulamentação e re-regulação parcial dos setores bancários, abertura dos mercados de produtos e depois de serviços, privatização das esferas públicas e transformação do modo de ação do Estado, concorrência acirrada em certos setores seguida de concentração em escala internacional, dependência crescente de investimentos voláteis, dentre outras (MARTIN; METZGER; PIERRE, 2003).

Todos estes fenômenos, cuja dinâmica está inacabada, resultam de vontades acumuladas em várias décadas, avançando apesar das reticências mais ou menos localizadas e dos conflitos mais ou menos longos. Estas decisões, tomadas em níveis cada vez mais internacionais, porque não globais, se traduzem pela influência crescente dos representantes dos acionistas procedendo, para obter rendimentos financeiros suficientes, a compras ou a vendas de empresas, incitando as equipes dirigentes (frequentemente integradas aos acionistas) a operar fusões, reestruturações e reforçando, assim, sua propensão a praticar mudanças de estratégia e das modalidades de gestão.

Para implementar estas diferentes reconfigurações, as direções e suas equipes de especialistas introduzem regras e ferramentas de gestão, frequentemente renovadas, estejam elas ou não inseridas nas tecnologias de informação e de comunicação. Trata-se, então, de racionalizar tanto os processos produtivos (organização, con-

trole e avaliação da produção, em quantidade e em “qualidade”), quanto as diferentes dimensões da gestão de recursos humanos (recrutamento, avaliação individual, salários, tempo de trabalho, formação, dentre outras), assim como a elaboração dos saberes e do saber-fazer, sem deixar de lado as relações entre os trabalhadores. Estas injunções concernem, principalmente, às empresas comerciais, mas as organizações associativas e públicas não fogem a esta dinâmica. A evidência destas práticas se mede tanto nos estudos centrados em uma empresa (LALLEMENT; METZGER, 2009), quanto nos estudos quantitativos que consideram o conjunto dos trabalhadores (GOLLAC; GUYOT; VOLKOFF, 2008; VALEYRE, 2007). Acrescentamos que este reformismo está a serviço da competitividade das economias nacionais, comparadas por meio dos indicadores do *World Competitiveness Index* (GAULEJAC, 2005)⁴.

Articular evoluções dos mundos sociais e mudança técnico-gerencial

É frequente considerar que uma causa essencial da mudança permanente reside na utilização massiva, ou na injunção de utilizar massivamente, as tecnologias de informação e de comunicação (TICs). É necessário, entretanto, dispensar certo tempo para precisar que estas tecnologias não se difundem sozinhas, como sob o efeito de um mecanismo automático, mas graças ao engajamento de especialistas das engenharias e das ciências sociais, em interação com as decisões de políticas macroeconômicas que acabamos de esboçar sucintamente.

Cabe sublinhar a importância da *interface entre esfera político-econômica e mundos sociais do trabalho*, interface onde se manifestam a criatividade gerencial e a autonomia relativa do *campo da gestão*. É nesta interface que o político se dota de meios de agir sobre o trabalho e sobre a saúde dos trabalhadores. É também o lugar pelo qual a gestão influencia as decisões de política econômica. Esta é a razão pela qual convém analisar *as articulações entre as dimensões sociais do trabalho* (notadamente a saúde) e *a mudança com aspiração gerencial* (técnica, organizacional ou regulamentar).

Examinemos neste sentido os aportes da sociologia do trabalho.

II) Como compreender a mudança perpétua? Elaboração de uma grade de análise acerca da noção trabalho instituição

II- a) Aportes da sociologia do trabalho sobre o estudo da mudança

Apoiando-se na leitura de diversos textos fundadores da sociologia do trabalho (FRIEDMANN, 1964; FRIEDMANN; NAVILLE, 1964; NAVILLE, 1963), mas igualmente sobre os comentários e as análises ulteriores, é possível destacar seus aportes mais importantes.

A mudança como reflexo das relações sociais

Os fundadores da sociologia do trabalho pretendiam recolocar o estudo do trabalho em uma perspectiva de conjunto: a que tipo de sociedade conduz o desenvolvimento da racionalização tecnicista? Para responder, apoiando-se em resultados de estudos empíricos conduzidos tanto na indústria, como nos setores agrário e terciário, os autores mobilizavam categorias de análise permitindo levar em conta a mudança social em uma perspectiva de luta para o acesso ao poder no seio de uma “sociedade global” e se interessavam pelos efeitos ambivalentes da industrialização nos países desenvolvidos e também no terceiro mundo. Se uma sociologia da organização e da empresa se distinguia, era no sentido de uma perspectiva e não de um campo ou de um domínio, sendo o essencial conservar ao trabalho toda sua complexidade.

Inscrevendo-se em uma tradição que remonta a Marx, os autores encararam o fato técnico no trabalho sob vários ângulos: como suporte de automação e de racionalização dos processos produtivos; como engendrando simultaneamente a desqualificação dos operadores e a requalificação de certos operários profissionais; e como agindo sobre as práticas de lazer dos operários (era um dos sentidos da alienação), assim como na prática sindical. A postura pretendida consistia, antes de tudo, não em se focalizar unicamente sobre o objeto técnico, nem somente sobre a situação de observação, mas em considerar o ambiente sócio-organizacional e socioeconômico eminentemente variável no qual se inscrevem as práticas profissionais.

Esta forma de abordagem lhes permitia ressaltar o caráter ambíguo dos efeitos da automatização: esta engendrava simultaneamente uma alienação acirrada e uma possibilidade de assegurar um controle mais maleável sobre o ciclo de produção. Do mesmo modo, o sentimento de estar menos preso a uma máquina convivia com a submissão maior à organização global da oficina ou da empresa. Preferindo falar de “fenômeno técnico”, eles tinham igualmente apontado o quanto tal fenômeno concentrava a apropriação dos conhecimentos tácitos dos operários pela direção – via serviço de métodos.

Simultaneamente, os observadores estavam conscientes de que a atividade dos trabalhadores não estava totalmente determinada pela técnica e seus usos prescritos: eles reconheciam a existência de uma invenção e de uma engenhosidade entre os operadores. Entretanto, a identificação de práticas para contornar a situação por parte dos trabalhadores era levada às suas devidas proporções: uma iniciativa limitada em torno de um *jogo* inventado e controlado por outros. Neste sentido, eles destacavam que a restrição se exercia cada vez mais forte em função do aumento do número de transformações na organização: cada mudança constituindo-se, para os “executantes”, como um lembrete da sua dependência.

Em suma, a sociologia do trabalho, particularmente até meados dos anos 1980, pela diversidade de seus

⁴N. T.: Texto traduzido para o português em 2007: GAULEJAC, V. *Gestão como doença social*. Aparecida: Ideias e Letras, 2007.

esforços de análise, identificou a complexidade das interações entre mudança social na esfera do trabalho e mudanças tecnológicas que visavam à racionalização ampliada da produção. O acento colocado sobre as qualificações e o sistema de relações profissionais lembra que os usuários das tecnologias são primeiramente os trabalhadores, desigualmente repartidos em posições sociais rigidamente estruturadas e inscritos em trajetórias constringidas.

Mas o que há de mais específico no estudo das TICs, no coração da racionalização gerencial contemporânea?

O emprego e a renovação das TICs no coração da racionalização gerencial

Desde meados dos anos 1950, Friedmann e Naville (1964) atribuíram à cibernética e ao computador papel central em suas reflexões. De fato, desde 1956, Friedmann considerava que a utilização das “calculadoras eletrônicas”, na automação, “parece a mais pesada das consequências para a condição do homem na civilização industrial” (FRIEDMANN, 1964, p. 15). Se Naville se mostrava otimista quanto à capacidade dos homens em conservar a livre disposição das técnicas que qualificava como experimentais, Friedmann notava que a *cibernética*, considerada como a ciência da eficácia da ação, pouco se interessava pelos homens aos quais ela dispensa, considerando *máquinas e seres vivos como pertencentes à mesma classe*, aquela dos organismos tendo atividades dirigidas a um objetivo.

Esta forma de abordar a articulação entre informática e trabalho se inscrevia em uma preocupação mais global no que diz respeito ao efeito social das “novas técnicas”, revelando, no emprego crescente da informática, a emergência “de um novo tipo de civilização”, caracterizado pela propensão à *experimentação social* e por “um remanejamento incessante das condições sociais”. Eles tinham assim lançado as bases para a análise multidimensional da influência recíproca entre a evolução das tecnologias de informação e a mudança no trabalho.

No prolongamento destas perspectivas, certas pesquisas indicavam, desde o final dos anos 1970, que o emprego da informática estava a *serviço da gestão*, incorporando no processo tecnológico os princípios de rendimentos considerados como “historicamente válidos” (DURAND, 1978, p. 46), desde a análise do trabalho, decomposta em elementos simples, a unicidade da solução reputada ser a melhor, a especialização/parcelização, as transformações da organização a montante e a jusante que esta racionalização implica. Encontravam-se, assim, todas as dimensões da concepção taylorista do trabalho no ciclo (concepção, introdução, implementação) das máquinas informatizadas.

Nos anos 1990 e 2000, prosseguiu-se a abordagem, que evidencia as relações estreitas entre práticas gerenciais e o emprego das TICs. Neste sentido, estudando

o teletrabalho, o ensino a distância, a informatização integrada das atividades de produção e de gestão ou *groupware*, as pesquisas se interessavam pelas intenções dos tecnólogos e pelas articulações entre técnica e sociedade. Elas mostravam como os diferentes tipos de dispositivos – técnicos e organizacionais – são de fato ferramentas de gestão, ou seja, de gestão dos homens e de coordenação hierárquica; portanto, reforço da capacidade de agir dos dirigentes. Uma das especificidades das TICs reside na sua contribuição à racionalização cognitiva, como ilustra o *knowledge management*.⁵ Além disso, elas:

permitem conciliar o que aparece atualmente como contraditório, até mesmo paradoxal: uma organização taylorista que dá autonomia aos operadores e procura sua implicação no trabalho, notadamente para *mobilizar sua capacidade criativa*. (CRAIPEAU, 2001, p. 22)

As modalidades de controle têm a particularidade de serem interiorizadas pela maioria dos trabalhadores que experimentam um sentimento de maior autonomia, pois cada um é encorajado a tornar-se um quase empreendedor no seio de coletivos efêmeros.

Partindo de constatações muito próximas, Durand (2004) insiste, de sua parte, sobre a importância das mudanças do modelo produtivo fordista, resultando notadamente na mobilização das TICs para facilitar a difusão de métodos emprestados de certas indústrias japonesas. De fato, a empresa contratante é organizada em rede, *externa* em relação às empresas subcontratadas em cascata e *interna* entre os trabalhadores frequentemente distantes uns dos outros. Ela impõe o *just in time*, ou seja, a impossibilidade de fazer estoques, de gerenciar seu tempo de forma autônoma, tanto de seus fornecedores, quanto de seus operários, cujo trabalho é organizado em equipes com objetivos precisos. Mesmo que submetidos à pressão dos pares, os trabalhadores são simultaneamente gerenciados de forma individual e devem se considerar, alternadamente, como clientes e fornecedores uns dos outros.

O fluxo é intencionalmente dimensionado de maneira a aumentar sua própria fragilização. Este *princípio de fragilidade* permite inscrever o projeto disciplinar diretamente nos tempos dos ciclos e a sensibilidade nos riscos de ruptura. Os trabalhadores, sentindo-se responsáveis, pessoalmente, por qualquer interrupção do fluxo de trabalho, mobilizam-se permanentemente para atingir os objetivos produtivos, mas também para *aperfeiçoar implacavelmente* os procedimentos, a qualidade e as ferramentas, o que provoca estresse e sentimento de insegurança permanente, pois o fluxo não deve parar, conforme a disciplina implícita. É neste quadro que a introdução gerencial das TICs ganha todo seu sentido: as direções esperam, graças às TICs, aumentar a produtividade e aumentar a reatividade, assim como a rastreabilidade. Seu papel é de fluidizar as trocas de informação e contribuir para a padronização da comunicação.

⁵ N.T.: Gestão do conhecimento em português.

Em certas situações limites, como a das centrais de atendimento telefônico, o objetivo é reduzir o trabalho de interpretação inerente a toda comunicação verdadeira e acionar automaticamente, nos trabalhadores, a execução de um procedimento padrão desde a aparição de um sinal. Outros trabalhos sobre as centrais de atendimento ou sobre as organizações *just in time* colocam em evidência a irredutível capacidade dos trabalhadores em contornar o sistema de controle introduzido com as TICs. Mas é necessário sublinhar o quanto estas zonas de autonomia são limitadas, frágeis, sensíveis às transformações sucessivas da organização do trabalho, pois a gerência das centrais de atendimento sabe também *contornar as estratégias de contorno* dos operadores de teleatendimento (VENCO, 2009).

Estas reflexões mostram o quanto a compreensão da articulação entre TICs e o trabalho ganha em considerar as relações de dominação subjacentes à aparente autonomização dos trabalhadores. Mais precisamente, somente um subconjunto de manipuladores de símbolos⁶ pode se revelar vencedor entre os que participam da concepção e da implementação das reestruturações contínuas presentes por que passam as empresas. Esta posição lhes dá, de fato, a capacidade de rever o poder de negociação dos outros trabalhadores (GOLLAC; KRAMARZ, 2000; VALENDUC, 2009).

Quatro eixos para analisar a vontade de mudar perpetuamente as organizações

Estes esclarecimentos mostram que as perspectivas abertas pela sociologia do trabalho fornecem um rico quadro de análise da interação entre evoluções dos mundos sociais do trabalho e mudanças técnico-gerenciais acerca das TICs. Quatro dimensões particularmente estruturantes destacam-se:

- O eixo da *racionalização da coordenação*. Neste eixo, é possível indicar a alavanca organizacional que as TICs oferecem aos dirigentes e aos gestores na sua vontade de reconfigurar os coletivos. Este eixo permite igualmente identificar a capacidade de certos grupos profissionais de se apoiar nos mesmos dispositivos para inventar novas práticas;
- O eixo da *racionalização dos conhecimentos*. Aqui, a utilização das TICs é analisada como um meio de relançar o projeto de racionalizar a gestão dos conhecimentos (*knowledge management, comunidades de práticas*), considerando-se o que implica na reprodução das desigualdades face ao controle dos dispositivos técnicos;
- O eixo da *racionalização axiológica*. Permite questionar o grau e o sentido da autonomia no trabalho com as TICs. As sucessivas ondas de injunção à autonomia, de autonomia controlada, formas recentes de racionalização, acompanhadas de uma aparelhagem de supervisão em tempo real, não de-

sestabilizam as margens da autonomia autêntica identificada por certos observadores?;

- O eixo da *racionalização das relações de dominação*. Este eixo permite apreciar em que medida a inscrição das relações sociais de produção na renovação das regras de gestão, dos equipamentos e da arquitetura da informática constitui uma nova forma de legitimação da dominação, prolongando o trabalho de incorporação das relações hierárquicas na técnica, já identificada no caso da automação.

Estes quatro eixos não são, no entanto, independentes uns dos outros. Pode-se considerar que a *racionalização das relações de dominação se apoia nos três outros eixos e que ela contribui, em contrapartida, a reforçá-los*. Assim, pode-se pensar que o controle da concepção, da introdução, do emprego e da renovação dos dispositivos técnico-gerenciais se enriquece pelo pertencimento aos coletivos perenes e pertinentes, pelo domínio das competências técnicas e organizacionais, assim como pela disposição em preservar as margens de autonomia. Em contrapartida, este controle reforça os coletivos que o iniciam, os mantêm em uma dinâmica de aprendizagem e de ação criadora.

Pode-se então considerar estas quatro dimensões como os componentes de um *quadro de análise* que permite considerar, de forma geral, as articulações entre a mudança técnico-gerencial e as evoluções da saúde no trabalho. Todavia, para colocar em evidência as dinâmicas, os processos e as transformações sem pré-julgar seus sentidos, é necessário para nós dotar de “referências” cada um dos eixos por meio do quê poderemos medir, apreciar os intervalos entre dois períodos de observação. Mas antes de expor rapidamente quais poderiam ser estas referências, resta-nos dar um fundamento rigoroso, lógico à existência destes quatro eixos.

II- b) Aportes do conceito instituição trabalho

Nesta perspectiva, é interessante notar que estes eixos da racionalização podem ser considerados como a transposição, no mundo do trabalho, de quatro funções maiores que:

Durkheim atribui [...] às instituições: a integração (a articulação entre indivíduo e sociedade), a regulação (produção de regras que regem a vida social), a emancipação (afirmação da personalidade individual) e, enfim, a codificação (construção de nossas categorias de entendimento). (LALLEMENT, 2003, p. 13 e 53-57)

Em outros termos, uma chave de explicação, que permite vincular sociologicamente as quatro dimensões, consiste em admitir que o trabalho é uma instituição social. Assim, *compreender* – e eventualmente melhorar – a *saúde psíquica dos trabalhadores* equivale a examinar os efeitos complexos da racionalização gerencial sobre cada uma de suas funções/dimensões.

⁶ N.T.: Os “manipuladores de símbolos”, expressão proposta por Reich (1993), designa trabalhadores intelectuais, executivos, professores, pesquisadores, consultores, advogados, artistas que manipulam informações, conhecimentos.

Precisemos que, se de um lado, a categoria instituição permite apreender o que há de estável e de estruturante no social, ela não designa, no entanto, as realidades imutáveis, eternas e que se impõem a todos da mesma maneira. Ao contrário, a maneira como as instituições concretas se transformam constitui um revelador das evoluções sociais mais gerais. Por isso, é muito pertinente interessar-se pelos processos de *institucionalização e desinstitucionalização*.

É nesta dupla perspectiva que Lallement (2003) revisita a concepção durkheimiana deste conceito, conforme citado anteriormente, considerando as quatro funções maiores das instituições. Mais exatamente, procuraremos estabelecer em que medida a mudança permanente se opõe aos efeitos da institucionalização ligados ao trabalho e em que a renovação técnico-gerencial pode se revelar uma fonte de desinstitucionalização.

Considerada desta forma, a categoria *instituição trabalho* fornece os fundamentos para articular logicamente não somente as quatro dimensões que fazem o objeto da racionalização, mas igualmente os quatro eixos de análise que procuramos definir. Dito isto, para tornar mais operacionais os quatro eixos de análise, vamos lhes fazer corresponder as dinâmicas sobre as quais iremos identificar e qualificar os momentos-chave que serviram de “graduação” para apreciar a forma e a amplitude das transformações do trabalho, elas mesmas na origem das evoluções da saúde psíquica dos trabalhadores.

II- c) Elaboração de uma grade de análise da mudança perpétua

Este esforço de clarificação, do qual apresentaremos aqui apenas resultados sintéticos, parece-nos necessário, pois é frequente termos próximos (rede, comunidade, coletivo, por exemplo) ou automaticamente opostos (autonomia e controle, por exemplo) serem utilizados sem que os autores se dediquem a defini-los enquanto categorias de análise, de sorte que contradições ou convergências mostrem-se fundadas sobre mal-entendidos.

Neste sentido, ao estudo da racionalização da coordenação, propomos fazer corresponder o problema de compreender a *dinâmica das capacidades de elaborar e de se inscrever nos coletivos*. Como dispomos de pouco espaço, não poderemos entrar aqui no detalhe da demonstração. Retemos que, em uma situação empírica dada, para apreciar em que medida a *renovação dos dispositivos técnicos tem influenciado a capacidade dos trabalhadores para se inscreverem em coletivos* de trabalho perenes e pertinentes, pode-se identificar quatro coletivos-tipo cujas características podem ser comparadas aos dados resultantes da observação, os quais são definidos de maneira a compreender um espectro que abarca:

- da anomia (grau zero de elo social, etapa última da desintegração);

- até a comunidade de profissionais (hierarquia, regras de inclusão e de exclusão, exigência de implicação);
- passando pela rede estratégica (os membros são movidos por um único interesse); e
- a rede de suporte (onde a dimensão afetiva e a atenção aos outros assumem um relevo crescente).⁷

Seguindo o mesmo esquema de raciocínio, ao estudo da *padronização dos conhecimentos* corresponde o problema de compreender a *dinâmica das capacidades para se inscrever no processo de aprendizagem*. Aqui ainda, sem desenvolver o argumento, indicamos que se trata de se dotar de um dispositivo de análise que permite apreciar a evolução das capacidades de aprendizagem dos trabalhadores no contexto de renovação tecnológica. Neste sentido, é possível identificar quatro formas de aprendizagem-tipo cujas características podem ser comparadas aos dados colhidos durante estudos de campo. Estas “referências” balizam um leque que abrange:

- da *aprendizagem individual (reorganização dos esquemas* que levam a generalizações crescentes, dependente dos *aspectos afetivos*, mas também da *identificação*, pelo sujeito em aprendizagem, *de um sentido para o seu esforço cognitivo* e do *reconhecimento* institucional do esforço de adaptação cognitiva);
- à *aprendizagem coletiva* (aquisição de competências coletivas, regulação dos coletivos);
- passando pelo *desaprender individual* (perda de saberes e saber-fazer e/ou entrave à aquisição de novos saberes e saber-fazer); e
- pelo *desaprender coletivo* (perda de competências coletivas e/ou entrave à aquisição de regulação dos coletivos).⁸

No que diz respeito ao estudo da *racionalização axiológica*, podemos lhe fazer corresponder a preocupação de compreender a *dinâmica das capacidades* do agir autônomo. Este eixo de análise permite apreciar os efeitos acumulados da renovação técnico-organizacional sobre as capacidades individuais e coletivas de auto-organização dos trabalhadores para controlar a mudança e dominar o emprego dos dispositivos baseados nas TICs. Distinguiremos quatro momentos-chave cujas características detalhadas permitem posicionar as situações empíricas em um *continuum*:

- da *independência* (a forte capacidade de auto-instituição está articulada a um projeto profissional portador e permite conceder/retirar o reconhecimento);
- à *dependência* (o indivíduo depende do suporte de outros sem poder retribuir; ele não pode

⁷ O detalhe da construção desta grade de análise figura em Metzger (2007a).

⁸ O detalhe da construção desta grade de análise figura em Metzger (2007b).

negociar sua cooperação e suas capacidades de iniciativa são pouco valorizadas);

- passando pela *autonomia* (os indivíduos são mais ligados à empresa e aos seus pares, mesmo que sua capacidade de autoinstituição permaneça significativa, notadamente graças a sua inscrição em um coletivo perene e sua capacidade de aprendizagem); e
- a *resignação* (fraca capacidade de autoinstituição, resultado de experiências truncadas impedindo a acumulação de recursos e a adaptação aos dispositivos adquiridos).⁹

Quanto ao estudo da racionalização das relações de dominação, este corresponde à dinâmica das capacidades para controlar a mudança técnico-organizacional permanente. Sobre este eixo, é possível identificar quatro posições-chaves delimitando um conjunto de trajetórias, que aborda:

- da *instauração* (capacidade de agir sobre a ação dos atores de forma mais duradoura e mais extensa, graças à produção recorrente de injunções para mudar e à prática de experimentação);
- à *exclusão* (acumulação, durável, das posições mais desfavoráveis em cada uma das dinâmicas);
- passando pelo *peçoal auxiliar* (os auxiliares identificam as modalidades finas, permitindo implementar a renovação técnico-organizacional; eles não hesitarão em instrumentalizar seus colegas); e
- à *subordinação* (execução das ordens, o que não exclui – e às vezes mesmo exige – uma parte de iniciativas limitadas).

Estas quatro dinâmicas, tornadas operacionais pela identificação dos indicadores sociais (as referências), possuem elementos comuns: as aprendizagens são parcialmente ligadas à inscrição em um coletivo, as capacidades de agir ligadas às aprendizagens e à inscrição em um coletivo; quanto às relações de dominação, resultam dos outros três e com eles interagem.

III) Utilização da grade de análise para investigar os efeitos da mudança permanente sobre a saúde dos trabalhadores

O conceito de instituição-trabalho, assim definido, permite, então, ao pesquisador apreender como, na medida em que avançam as transformações técnico-gerenciais, parte dos trabalhadores pode progressivamente entrar em um círculo gerador de degradação de seu estado psíquico.

Com efeito, no caso da França, utilizamos esta grade de análise para considerar as transformações no campo da educação (em torno das inovações técnico-gerenciais como os *campi* digital, a distribuição de *laptops* nos colégios, dentre outras), no setor hospitalar (em torno da introdução do prontuário informatizado, da gestão dos Centros de Diagnóstico e Imagens e das abordagens de qualidade) e no seio de uma grande empresa de telecomunicações (estudando particularmente a implantação de reformas sucessivas sobre o estatuto, as reestruturações, os modos de gestão de pessoal e, também, a prática do teletrabalho entre os quadros e a evolução das relações de ajuda nas centrais de atendimento) (METZGER, 2000, 2007b; METZGER; CLEACH, 2004).

Mais precisamente, mobilizamos esta grade de análise em quatro grupos de pesquisas sobre os universos profissionais:

- uma multinacional do setor de telecomunicações cujos trabalhadores têm vivenciado há mais de 20 anos uma série de ininterruptas reformas e de reestruturações, mudanças de estatuto, reconversão de profissionais técnicos para o setor comercial etc. Procedendo por entrevistas semiestruturadas junto aos quadros técnicos e administrativos, técnicos, vendedores e pessoal administrativo, cerca de 80 trabalhadores foram contatados entre 1997 e 1999 e, mais tarde, entre 2004 e 2006;
- diversas pesquisas no setor da educação/formação: escolas primárias, secundárias, universidades e formação interna nas empresas. Interessamo-nos particularmente pelas transformações das práticas profissionais quando da introdução de novos dispositivos técnicos (ensino a distância, formação em informática, programas de gestão de suporte das aulas, dentre outros). Procedendo igualmente por entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais (professores, formadores, coordenadores pedagógicos e técnicos em informática), aproximadamente 50 foram entrevistados entre 2002 e 2004 e, posteriormente, em 2006;
- várias pesquisas no setor hospitalar, sempre nos interessando sobre os efeitos dos dispositivos técnico-gerenciais sobre as práticas dos profissionais (médicos, enfermeiras, quadros da saúde). Notadamente, durante estudo sobre a informatização de um hospital parisiense, realizamos cerca de 40 entrevistas entre 2005 e 2006;
- várias pesquisas sobre a inserção de trabalhadores com deficiência visual e auditiva em uma grande empresa. Interessamo-nos pelos efeitos da renovação dos equipamentos de informática na sua inserção, entrevistando, além deles, colegas, seus superiores, formadores e técnicos de informática, totalizando 40 pessoas, entre 2003 e 2004.

⁹ A construção desta grade de análise figura em Lallement e Metzger (2009).

As entrevistas foram, frequentemente, complementadas com observações nos serviços respectivos.

Sem poder aqui restituir a riqueza dos resultados, guardemos que, em cada uma das configurações (educação, saúde, telecomunicações), devido a suas trajetórias profissionais e sociais anteriores, sob o efeito de uma sucessão de renovações no contexto de trabalho (dispositivos técnicos, regras de gestão, reorganizações etc.), numerosos indivíduos estavam profundamente desestabilizados. Pudemos, assim, notar, *no seio de cada grupo profissional* (professores, engenheiros biomédicos, médicos, quadros técnicos e comerciais, teleoperadores), fenômenos de competição/concorrência entre colegas, levando à desclassificação relativa, à incapacidade de se projetar no futuro. Estes trabalhadores eram incapazes de se inserirem nos novos coletivos perenes e pertinentes (*vis-à-vis* o novo ambiente), de entrar em um processo de aprendizagem coletiva e de desenvolver um projeto de auto-instituição. Eles acumulavam atrasos e um sentimento de isolamento crescente (*desvinculação*) que não lhes permitia nem se associar para influenciar a produção de regras estruturantes (exclusão), nem negociar sua cooperação (sujeição).

É importante notar que a perda das solidariedades entre os trabalhadores está intimamente ligada ao processo de racionalização técnico-gerencial. Com efeito, à medida que as reestruturações, as reconversões, as mudanças de vínculos e, também, as aposentadorias antecipadas dos trabalhadores mais velhos se sucediam, as organizações sindicais enfraqueciam-se de modo considerável. Assim, o hábito de se organizar coletivamente para pressionar as direções a negociar foi aos poucos perdido.¹⁰ Soma-se a isto o fato de que, graças à renovação dos dispositivos de gestão de pessoal, as direções tomaram pouco a pouco o controle sobre os processos de transmissão de saberes e do saber-fazer. Fossem formadores, engenheiros hospitalares, quadros técnicos ou teleoperadores, parte destes profissionais foi confrontada – cedo ou tarde – com uma perda de sentido de sua atividade (ministrar curso concebido por outros, passar todo o tempo redigindo relatórios de atividade, não se permitir repousar, respeitar roteiros rígidos e inapropriados). Todos estes fatores são, então, reunidos para se opor a seus esforços em se manter com saúde e vão, pouco a pouco, manifestar os sintomas característicos das DPS, chegando mesmo ao suicídio.¹¹

Ao contrário, quando estão inscritos em uma rede de suporte, seja uma comunidade de profissionais – estes coletivos, podendo mesmo se estender a outras organizações, outros hospitais, outras empresas do mesmo setor –, parte dos trabalhadores pode tirar pro-

veito das oportunidades que representam, para eles, a mudança técnico-organizacional e chegar a resistir psicologicamente aos riscos.

As articulações entre saúde e trabalho e transformações técnico-gerenciais são, portanto, ambíguas. No hospital, nos estabelecimentos de ensino, entre os teleoperadores ou os quadros que adotaram o teletrabalho, em toda a parte é possível revelar a existência dos processos de desinstitucionalização do trabalho. Simetricamente, é possível identificar processos que favoreçam a inserção em coletivos perenes, em uma dinâmica de aprendizagem coletiva e de independência. Pode-se falar, então, de *polarização das posições* para caracterizar o fato de que, sobre um longo período, assistimos a um fortalecimento das capacidades de certos grupos profissionais e de certos indivíduos em se manter em bom estado de saúde, enquanto que, simultaneamente, outra parte perde, pouco a pouco, o acesso aos recursos coletivos para resistir ao desgaste e ao aumento das DPS.

Assim, o modelo de análise proposto permite explicar o vínculo estreito entre saúde e trabalho e a vontade técnico-gerencial de mudar em permanência todas as dimensões da atividade. A degradação da saúde psíquica de parte dos trabalhadores é devida à intenção obstinada da gestão de controlar os trabalhadores colocando-os em um tipo de *movimento perpétuo*. Desde então, para reduzir os efeitos nocivos sobre a saúde desta desestabilização organizada do trabalho, é necessário compreender o fenômeno gerencial participante da mudança permanente.

IV) As duas fontes da mudança permanente

IV-a) A uma dinâmica própria do fenômeno gerencial

Nesta perspectiva, lembremos que a gestão se apresenta¹² como uma maneira mais racional de decidir e de organizar. Ela aspira constituir uma saída, racionalmente fundada, ao arbitrário, ao nepotismo, à negligência, ao desperdício. No presente, ela constitui um modo de organização e de comando cujos princípios são frequentemente bem recebidos, mesmo por aqueles que identificam os efeitos disfuncionais de sua aplicação.

Sua especificidade é agir do exterior, em posição mais elevada. Fazendo-o, intencionalmente ou não, ela expropria os atores da definição da finalidade mesma de sua atividade: o fenômeno gerencial “racionaliza” não somente certas dimensões de sua atividade, mas orienta – por essência – sua ação em uma direção na qual eles não escolheram.

Convém falar do fenômeno gerencial, pois a gestão excede o simples quadro de um conjunto de ferramentas e de técnicas apresentadas como cientificamente

¹⁰ Nós encontramos aqui um resultado identificado por Linhart (1996).

¹¹ Trabalhando sobre as mesmas empresas, Burgi (2009) chega a constatações próximas.

¹² E apresenta efetivamente a vantagem em certas situações.

elaboradas. Ela inclui igualmente discursos e representações. Sobretudo, ela se encarna nos atores coletivos que concebem os seus princípios, presidem ao ajuste das ferramentas, desenvolvem técnicas de justificativas de seu emprego etc.

Visto por este ângulo, os “gestores” podem ser considerados como um conjunto de grupos profissionais, parcialmente em competição, visando ao monopólio do conhecimento da boa maneira de organizar o trabalho de outros profissionais. Em decorrência, eles se colocam em posição conflituosa em relação a estes últimos. O *fenômeno gerencial* pode, então, ser vislumbrado de modo dinâmico como *tensão, luta permanente entre dois sistemas de dispositivos* (técnicos, organizacionais, simbólicos, dentre outros):

- o primeiro sistema é concebido, às vezes, de maneira informal, outras, de modo altamente codificado por profissionais cuja atividade principal não é a gestão, mas que, para conduzir bem seu próprio trabalho produtivo, encontraram meios de se organizar, de hierarquizar as diferentes dimensões de seu ofício. As soluções elaboradas por estes profissionais se inserem na concepção do trabalho bem feito, de acordo com os valores dominantes de seu grupo, e se inscrevem em longo prazo, por exemplo, considerando a necessidade de formar os novos e de promover os mais antigos;
- o segundo é concebido e aplicado por diversos grupos profissionais (administradores titulados, engenheiros, de informática, dentre outros) que procuram fundar sua legitimidade sobre sua capacidade de definir o mais racionalmente possível a eficácia coletiva em meio organizado e simultaneamente buscam assim exercer o poder nos aparelhos produtivos, em especial controlando suas transformações. Mesmo se o emprego dos dispositivos de gestão resulta de acordo entre as diversas partes envolvidas, sua concepção e introdução dependem da atividade dos gestores.

Dessa forma, a extensão do fenômeno gerencial resulta antes de tudo de uma história, aquela dos grupos profissionais intervindo no campo da gestão das organizações (campo heterogêneo, composto de segmentos hierarquizados e parcialmente em concorrência), de seus predecessores, de seus aliados (dirigentes, outros profissionais ganhando no curto prazo com o desenvolvimento da gestão), das instituições onde eles se formam (*grandes écoles*,¹³ escolas de gestão, disciplinas de gestão ministradas no seio de outras carreiras especializadas), de firmas de consultoria e de empresas que desenvolvem

dispositivos de gestão. Este processo se apresenta como o resultado, sempre contingente, mas jamais indeterminado, de relações sociais entre os dois sistemas com suas recomposições internas, acompanhadas de deslocamentos de grupos profissionais de um sistema a outro.

Junto a esta estruturação complexa, a dinâmica própria no campo da gestão e as tensões entre grupos se manifestam, notadamente, por uma *dinâmica de renovação incessante de dispositivos*, o que tem por consequência levar os dirigentes e a elite gerencial a se centrarem em uma forma particular de objetividade, aquela que visa à leitura e às discussões em torno de indicadores, dos sistemas de controle/comando,¹⁴ de resultados contábeis etc. Esta focalização sobre as representações redutoras, frequentemente conectadas de modo frágil com a realidade do trabalho, explica em parte a lenta degradação da saúde psíquica dos trabalhadores.

Outra fonte estrutural dos distúrbios psicossociais deve ser pesquisada no seio do pensamento racionalizador.

IV-b) Uma dinâmica própria ao pensamento racionalizador

Com efeito, se a mudança permanente é finalmente colocada em obra, é também porque uma parte significativa dos trabalhadores não se opõe a seu desenvolvimento e à sua renovação. Certamente, as desestabilizações sucessivas ligadas às inovações técnico-gerenciais reduzem as capacidades de coalizão, engendram resignação e indiferença. Quanto aos trabalhadores que se engajam em uma crítica argumentada sobre a introdução dos dispositivos, eles o fazem em nome da defesa do que existe, de um *ethos* profissional. É para eles, todavia, sempre difícil criticar a fundo a gestão; e a referência a valores não parece frequentemente contrabalancear a força de convicção sobre a qual se apoia a gestão.

Se esta última recebe um eco com frequência favorável, é ela que está inscrita nos princípios e nos discursos que se referem a justificativas científicas. Discursos, princípios, ferramentas apresentam todas as aparências da familiaridade e da lógica a mais rigorosa, graças notadamente:

- à quantificação (concepção aparentemente neutra de indicadores, cálculos aparentemente transparentes do seu valor, elaboração de painéis de controle, fixação de objetivos reforçando a necessidade de quantificação, avaliação do alcance dos objetivos por meio de uma discussão acerca do desvio entre dois números);

¹³ N.T.: As *Grandes Écoles* integram o sistema público de ensino superior, contudo separadas das universidades francesas. A despeito de representarem uma parcela ínfima neste segmento, abarcam 30% do total do orçamento das universidades e 5% do total de estudantes universitários. Seus alunos são formados para ocupar cargos importantes da administração pública ou para a alta gestão das maiores empresas. Entre as mais conhecidas, podem ser citadas a *École Nationale d'Administration* (ENA), as *Écoles Normales Supérieures*, a *École Polytechnique*, dentre outras.

¹⁴ N.T.: *tableau de bord*, no texto original em francês.

- às representações gráficas (baseadas em valores dos indicadores e, cada vez mais, sobre as relações entre indivíduos por meio de gráficos de redes);
- também aos conhecimentos das ciências sociais, regularmente instrumentalizadas desde a preconização da escola de relações humanas até os conselhos para elaborar as comunidades de práticas ou empregar ferramentas de *gestão do conhecimento*.

Ora, sob esta aparência de racionalidade científica, se perfila, bem frequentemente, uma *postura de reificação*. Para mostrá-la, resgatemos em primeiro lugar os elementos subjacentes à prática gerencial da mudança permanente.

Os traços característicos que subtendem a vontade de mudar

Mesmo que as direções encomendem pesquisas para coletar opiniões ou saber o que foi “sentido” pelos trabalhadores, mesmo que elas solicitem, às vezes, as sugestões dos trabalhadores, elas não elaboram, contudo, a mudança de modo conjunto. E longe de fazer evoluir sua forma de pensar a organização, os dirigentes e as gerências utilizam, frequentemente, os resultados destas enquetes para “ensinar” novos valores e práticas: desde o culto do serviço ao cliente, até a aceitação da competição como ideal de relação, passando pela adesão ao movimento ou à ajuda a gerenciar o estresse.

Tudo se passa então como se o alto escalão, por pretender modelar à vontade o trabalho, concebesse os mundos sociais da empresa como “coisas”, constituídas de “partículas” elementares que são:

- tanto os indivíduos (individualização dos modos da gestão de recursos humanos e os objetivos, contagem dos efetivos, flexibilização externa);
- como as atividades (organização científica do trabalho, divisão do funcionamento da empresa em processo e “competências”, flexibilização interna);
- quanto as entidades organizacionais de base (fusões, absorções, reestruturações, subcontratação, projetos).

As práticas profissionais que ligam entre elas estas partículas são julgadas *reduzíveis* a um *conjunto finito de práticas elementares* (as instruções, as metas, os contratos, os empregos-tipos), que podem fazer parte de um diagrama de fluxo, uma lista de processos, uma tabela de dados, visando a sua simplificação e a sua tradução em indicadores antes da automatização em uma fase ulterior.

As TICs reforçam as modelagens com a possibilidade de rastreamento, contagem instantânea, alimentação de bases de dados consultáveis pelos organizadores. Além do quê as comunicações, as trocas, sejam vocais ou escritas, podem ser registradas e analisadas

segundo esquemas padronizados que supõem refletir o grau de cooperação.

Acrescentamos que os dirigentes e a elite gerencial consideram a história e a cultura, as construções sociais produzidas pela experiência, como um freio à eficácia coletiva. Cada etapa da vontade de mudança parece anular a herança do passado, sendo apresentada como um meio de resolver as disfunções que dele decorrem.

Estas características que estão por trás da ação dirigente apresentam numerosas analogias com uma atitude reificante.

A reificação ou a transmutação do social em coisa

Com efeito, a reificação implica que se recuse (ou que se torne incapaz) a se colocar no lugar do outro na interação. No limite, a reificação conduz ao desaparecimento das *interações, porque não há mais intersubjetividade* (HONNETH, 2007). A atitude reificante consiste em renunciar a toda preocupação em direção ao outro, em recusar o *reconhecimento* de sua dimensão humana. Ela permite aos portadores desta atitude não se sentirem concernidos pelas consequências de seus atos, sobretudo quando estes últimos se manifestam de forma qualitativa.

E uma vez que o social é considerado como uma coisa, as mesmas regras são consideradas – pelos autores da reificação – como aplicáveis aos dispositivos técnicos, às trocas comerciais, às interações sociais e às normas sociais da ação. Os que dominam estes tipos de regras e controlam seu emprego podem, portanto, agir intencionalmente sobre o social para conformá-lo a um modelo preestabelecido.

Dito de outra forma, a postura reificadora joga-se sobre dois planos entrelaçados. De um lado, ela intervém recorrendo aos princípios científicos de desinteresse, de não-engajamento, princípios a serviço do “conhecimento objetivante” ou conhecimento instrumental do social: aqui, o elo social, a aprendizagem, os saberes e o saber-fazer profissionais, as aspirações à autonomia, todos estes elementos são considerados como componentes destacáveis de seu substrato intersubjetivo.

Por outro, a reificação se exerce no momento da concepção e da implementação dos dispositivos de gestão, tornando-se habitual para agir sobre o social, como se pudesse conformá-lo a um plano, discipliná-lo segundo esquemas preexistentes, chegando a incluir, entre os esquemas, mecanismos de retroação para corrigir os desvios em relação à trajetória desejada (avaliação contínua, rastreabilidade).

A reificação fonte da experimentação gerencial

Assim definida, a reificação permite considerar as características que dão suporte à prática gerencial da mudança permanente. Isto porque o social pode ser legitimamente considerado como uma coisa, constituída de uma hierarquia de partículas nos mecanismos transparentes e sem histórias que se pode procurar

conformá-lo a um plano preestabelecido. O fenômeno gerencial se inscreve perfeitamente no processo:

de autonomização das práticas que consistem simplesmente em observar os homens, a registrar friamente sua existência, a considerá-los como fatores independentes do contexto do mundo vivido ao qual eles pertencem. (HONNETH, 2007, p. 116)¹⁵

A prática da mudança perpétua força os trabalhadores a mobilizarem sua própria subjetividade, deixando-se convencer ou fingindo estarem convencidos do bem fundado da atitude reificadora (p. 114). Pensamos aqui nos dispositivos de recrutamento e de avaliação permanente cuja implementação pressupõe o consentimento formal dos próprios trabalhadores, que fingem experimentar certos sentimentos esperados ou, ao contrário, que não experimentam nenhum estado de espírito (por exemplo, quando colaboram com a avaliação de seus pares ou subordinados, quando eles fazem reestruturações, demissões).

Daí em diante, os processos de desinstitucionalização parcial do trabalho fincam suas raízes nesta postura de reificação, comum às abordagens científicas e à ação gerencial. Como é legítimo considerar o social como uma coisa, torna-se legítimo considerar o elo social como uma coisa, pode-se considerar como sendo razoável mudar sem cessar o trabalho, o qual desempenha cada vez menos suas funções de integração, de codificação, de regulação e de emancipação.

Agradecimentos

O autor agradece à Selma Venco pela qualidade de seu trabalho de tradução e por sua paciência com revisões sucessivas deste artigo.

Referências

ASKENAZY, P. et al. *Organisation et intensité du travail*. Octarès: Toulouse, 2006.

BOSCH, G.; SCHIEF, S. L'emploi des 55 ans et plus en Europe entre work line et préretraitte. *Travail et Employ*, n. 107, p. 19-32, juil.-sept. 2006.

BURGI, N. La maltraitance au travail est-elle programmée ? Les paradoxes d'une gestion "responsable" des ressources humaines à France Télécom. In: JOURNÉES INTERNATIONALES DE SOCIOLOGIE DU TRAVAIL, 12., Juin 2009, Nancy. *Résumés et textes des communications...* Nancy: Gree, 2009. Disponível em: <http://gree.univ-nancy2.fr/encours/digitalAssets/51648_BURGI_JIST2009.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2011.

Conclusão

Neste contexto, para que formas de ação possam contribuir para reduzir as consequências deletérias da organização sobre a saúde, seria necessário poder abrandar a mudança perpétua e orientá-la em direção a uma concepção mais respeitosa das intersubjetividades, do social. Ora, vimos que a mudança perpétua resulta da dinâmica interna no campo da gestão (competição entre gestores, conflito com outros grupos), que ela se desdobra a partir de um conhecimento objetivante do social (atitude reificante, negação de intersubjetividade) e que ela se aperfeiçoa sem cessar pela prática da experimentação social. Daí em diante, para *aperfeiçoar de forma autêntica a saúde* psíquica dos trabalhadores, seria necessário que os tomadores de decisão se "reconectassem" à realidade, que eles reconhecessem a intersubjetividade, a riqueza de seus aportes e que permitissem a todos os trabalhadores conquistar as capacidades duradouras a serem experimentadas.

Isto seria, finalmente, renunciar ao controle da mudança, que é precisamente o desafio das relações de dominação no trabalho. Encontramos, ao final das contas, uma evidência: buscar tornar o trabalho emancipador para a maioria é poder intervir no coração das relações sociais do trabalho, tal como se expressam na articulação entre economia e gestão, entre as decisões da política macroeconômica e a definição precisa dos contextos da ação.

CRAIPEAU, S. *L'entreprise commutante ou travailler ensemble séparément*. Paris: Lavoisier, 2001.

DAUBAS-LETOURNEUX, V.; THÉBAUD-MONY, A. *Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne*. Luxembourg: Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail, 2002.

DANIELLOU, F.; ESCRIVA, E. Les conditions d'une prévention pérenne. Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail. 2008. Disponível em: <<http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/748333.PDF>>. Acesso em: 13 abr. 2011.

DEBOUT, F. et al. La santé à l'épreuve du travail. *Mouvements*, v. 2, n. 58, p. 7-12, 2009.

¹⁵ Foucault (1975) havia igualmente identificado a existência destes mecanismos de objetivação (registros, compatibilidade, transmissão de dados) analisando as técnicas de disciplinarização dos corpos, com progressividade e seu caráter acumulativo (grade de espaço de tempo, controle permanente ou crença na permanência do controle).

- DEBRAND, T.; LENGAGNE, P. Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe. *Économie et Statistique*, n. 403-404, p. 19-38, 2007.
- DURAND, C. *Le travail enchaîné, organisation du travail et domination sociale*. Paris: Seuil, 1978.
- DURAND, J.-P. *La chaîne invisible. Travailler aujourd'hui: flux tendu et servitude volontaire*. Paris: Seuil, 2004.
- FOUCAULT, M. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Gallimard, 1975.
- FRIEDMANN, G. *Le travail en miettes*. Paris: Gallimard, 1964.
- FRIEDMANN, G.; NAVILLE, P. *Traité de sociologie du travail*. Paris: Armand Colin, 1964.
- GAULEJAC, V. *La société malade de sa gestion Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement moral*. Paris: Seuil, 2005.
- GOLLAC, M.; KRAMARZ, F. L'informatique comme pratique et comme croyance. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n. 134, p. 4-21, 2000.
- GOLLAC, M.; GUYOT, S.; VOLKOFF, S. À propos du "travail soutenable". Les apports du séminaire interdisciplinaire emploi soutenable, carrières individuelles et protection sociale. *Rapport du CEE*, n. 48. Noisy-le-Grand. Centre d'études de l'emploi. Juin 2008. 147 p. Disponible em: <<http://www.cee.recherche.fr/fr/rapports/48-travail-soutenable-seminaire-interdisciplinaire-carriere-individuelle-protection-sociale.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2011.
- HONNETH, A. *La réification*. Paris: Gallimard, 2007.
- LALLEMENT, M. *Temps, travail et modes de vie*. Paris: PUF, 2003.
- LALLEMENT, P.; METZGER, J.-L. Renouveau technologique et inégalités numériques au travail. In: LELONG, B.; GRANJON, F.; METZGER, J.-L. *Inégalités numériques, clivages sociaux et modes d'appropriation des TIC*. Paris: Hermès-Lavoisier, 2009. p. 159-192.
- LINHART, D. Souffrance individuelle et action collective. In: DURAND, J.-P. *Le syndicalisme au futur*. Paris: Syros, 1996. p. 57-78. (Collection Alternatives Sociologiques)
- LUNDBERG, I. et al. *Work and social inequalities in health in Europe*. Bruxelles: Peter Lang, 2007.
- MARTIN, D.; METZGER, J.-L.; PIERRE, P. *Les métamorphoses du monde: sociologie de la mondialisation*. Paris: Seuil, 2003.
- MAUGERI, S. *Au nom du client*. Paris: L'Harmattan, 2006.
- METZGER, J. -L. *La réforme permanente d'un service public: entre utopie et résignation*. Paris: L'Harmattan, 2000.
- _____. Elaboration et mode d'usage d'une typologie des collectifs. In: SAINT-LAURENT, A. -F. de; METZGER, J. -L. *Où va le travail à l'ère du numérique*. Paris: Editions de l'Ecole des Mines, 2007a. p. 23-50.
- _____. *La volonté de changer: l'institution du travail au risque du changement technico-organisationnel permanent*. 2007b. 293 f. Thèse (pour l'obtention de l'habilitation à diriger des recherches)-Université d'Evry, Evry, 2007b. Disponible em: <<http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00455256/fr/>>. Acesso em: 11 mar. 2011.
- METZGER, J.-L.; CLEACH, O. Le télétravail des cadres: entre suractivité et apprentissage de nouvelles temporalités. *Sociologie du Travail*, v. 46, n. 3, p. 433-450, déc. 2004.
- MOLINIÉ, A.-F. Les salariés quinquagénaires, entre fragilisation et protection. *Retraite et Société*, n. 49, p. 11-37. 2006.
- NAVILLE, P. *Vers l'automatisme social ? Problèmes du travail et de l'automatisme*. Paris: Gallimard, 1963.
- POMMIER, J.-L. et al. Ce salarié devrait cesser de travailler: une approche de l'usure professionnelle des 50 ans et plus. *Retraite et Société*, n. 49, p. 39-59, 2006.
- REICH, Robert. *L'Economie mondialisée*. Paris: Dunod, 1993.
- VALENDUC, G. La fracture numérique passe-t-elle par le travail? In: LELONG, B.; GRANJON, F.; METZGER, J.-L. *Inégalités numériques, clivages sociaux et modes d'appropriation des TIC*. Paris: Hermès-Lavoisier, p. 137-159. 2009.
- VALEYRE, A. Les conditions de travail des salariés dans l'Union européenne à quinze selon les formes d'organisation. *Travail et Emploi*, n. 112, p. 35-47, oct.-déc. 2007.
- VENCO, S. Stratégies de gestion dans les centres d'appels brésiliens: omniprésence et visibilité. *Recherches Sociologiques et Anthropologiques*, n. 2, p. 55-76, 2009.
- VOGEL, L. Enjeux et incertitudes de la politique européenne en santé au travail. *Mouvements*, v. 58, n. 2, p. 104-116, 2009.

Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA^{*,**}

Mônica Dantas Farias¹
Tânia Maria de Araújo²

Common mental disorders among workers in the urban area of Feira de Santana – Bahia-Brazil

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

² Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

* Trabalho baseado na dissertação de mestrado intitulada *Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA*, defendida em 2007, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

** Projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) – Processo nº 99104245.

Contato:

Mônica Dantas Farias
Rua Manoel Alves Pereira, 381 – casa 10 – Bairro Capuchinhos
Feira de Santana-Bahia
CEP: 44076-100

E-mail:

monicadantasfarias@yahoo.com.br

Recebido: 23/01/2010

Revisado: 13/10/2010

Aprovado: 21/10/2010

Resumo

Objetivo: Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMCs) em trabalhadores de Feira de Santana/BA, avaliando a ocorrência desses transtornos segundo diferentes aspectos da vida: características sociodemográficas, do trabalho profissional (incluindo aspectos psicossociais) e atividades de lazer. **Métodos:** Estudo de corte transversal, de caráter exploratório, com amostra aleatória de trabalhadores de Feira de Santana. Um questionário estruturado com questões sobre características sociodemográficas, trabalho profissional (incluindo aspectos psicossociais) e atividades de lazer foi utilizado. Os TMCs foram avaliados pelo SRQ-20 em 2002. Para análise de associação entre TMC e as variáveis de interesse, foram conduzidas análise bivariada e análise de regressão logística. **Resultados:** Foram estudados 1.311 trabalhadores. A prevalência global de TMC foi 25,2%. As variáveis estatisticamente associadas à TMC, no modelo final de análise, foram: sexo feminino (RP=3,04; 2,34-3,95), baixa escolaridade (RP=2,02; 1,57-2,60), renda mensal baixa (RP=1,78; 1,12-2,84), ausência de atividades de lazer (RP=1,35; 1,10-1,66) e trabalho de alta demanda psicológica (RP=1,45; 1,14-1,84). **Conclusão:** Evidenciou-se associação entre TMC e características sociodemográficas e do trabalho. Atenção especial deve ser dada a essas características para a promoção da saúde mental entre trabalhadores.

Palavras-chave: transtornos mentais comuns; trabalhadores; SRQ-20; saúde mental.

Abstract

Objective: To estimate the prevalence of common mental disorders (CMD) among workers in Feira de Santana city, Bahia, Brazil, according to sociodemographic characteristics, occupation, work psychosocial aspects, and leisure activities. **Methods:** Exploratory cross sectional study, with random sampling of workers of Feira de Santana. A structured questionnaire on sociodemographic characteristics, professional work, psychosocial aspects at work, and leisure activities have been used in 2002. CMD was evaluated by using the SRQ-20. Logistic regression techniques were used to analyze the association between CMD and the variables of interest. **Results:** 1.311 workers have been studied and the prevalence of CMD was 25.2%. The characteristics statistically associated to CMD, in the final model of analysis, were: female (PR=3.04; 2.34-3.95), low education level (PR=2.02; 1.57-2.60), low monthly income (PR=1.78; 1.12-2.84), absence of leisure activities (PR=1.35; 1.10-1.66), and work with high psychological demand (PR=1.45; 1.14-1.84). **Conclusion:** Association between CMD and several sociodemographic characteristics have been evidenced. Special attention must be given to these characteristics in order to promote worker's mental health.

Keywords: common mental disorders; workers; SRQ 20; mental health.

Introdução

Estudos sobre as condições de trabalho têm demonstrado a existência de fatores de agressão à saúde relacionada às características do ambiente laboral (DEJOURS, 1992; CHECKOWAY; PEARCE; KRIEBEL, 2004; SCHNALL; DOBSON; ROSSKAM, 2009). As situações a que os trabalhadores estão submetidos – tais como sobrecarga de trabalho (acúmulo de tarefas), carga horária de trabalho extensa ou ausência de trabalho, rapidez na realização da tarefa, fadiga por esforço físico e mudanças nos processos e na organização do trabalho – podem ser fatores determinantes de diversas patologias, incluindo desde os transtornos de ajustamento ou reações ao estresse até depressões graves e incapacitantes, que podem variar de acordo com o contexto e a forma como o indivíduo responde às situações de experiências vivenciadas. Segundo Laurell e Noriega (1989), as condições de trabalho e suas patologias estão estreitamente relacionadas à organização do trabalho vigente em um determinado espaço social, sendo definidas por valores e regras da sociedade e ao mesmo tempo os definindo. No Brasil, a estrutura ocupacional formal e informal e a coexistência de realidades sociais e econômicas muito distintas, envolvendo modernidade e atraso, riqueza e pobreza, dificultam os estudos que incorporam a categoria ocupação, uma vez que um mesmo trabalhador pode exercer diferentes ocupações e estar exposto a diversas condições de trabalho ao longo da vida ou simultaneamente (no caso de múltiplos empregos) (POSSAS, 1989). As condições de vida e trabalho às quais o indivíduo está exposto desencadeiam riscos à saúde; como essas condições não são as mesmas para todos, os riscos também não se distribuem igualmente na sociedade.

Diversos estudos apontam a importância das condições socioeconômicas como fator determinante dos padrões de morbimortalidade das populações, com associação positiva entre nível socioeconômico e condição de saúde (LUDERMIR; MELLO-FILHO, 2002; BARRETO; GIATTI, 2006).

Assim, conhecer as condições e as situações de exposição e os efeitos específicos que produzem na saúde e na vida dos trabalhadores são imprescindíveis para que as ações de intervenção e as medidas de proteção à saúde possam ser adequadamente planejadas, executadas e alcancem os resultados desejados.

Aspectos relativos à saúde mental e ao trabalho têm ganhado relevo nos últimos anos. Elevadas prevalências de transtornos mentais e de registros de sofrimento psíquico nas organizações são indicadores importantes da magnitude do problema no contexto atual (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002; ARAÚJO; GRAÇA; 2003; BRANT et al., 2004; NASCIMENTO-SOBRINHO et al., 2006). As recentes e profundas mudanças no mundo do trabalho têm tido papel fundamental na conformação de um contexto pouco favorável à saúde dos trabalhadores.

As transformações nas formas de organizar o trabalho e o mercado impuseram importantes mudanças na vida dos trabalhadores: redução dos direitos sociais, reformas nos contratos de trabalho, supressão de postos de trabalho, aumento do subemprego (“bicos”), ameaça constante de desemprego, precarização das condições de trabalho e de vida em geral (RAMALHO, 1997).

Essas mudanças geram situações de intenso estresse para os trabalhadores: em face do aumento e da diversificação das exigências do trabalho, elevam-se os sentimentos de incapacidade em responder adequadamente a essas demandas. O estresse é resultado de uma relação particular entre a pessoa, seu ambiente e as circunstâncias às quais está exposta (FRANÇA; RODRIGUES, 2002). O estresse, por si só, não desencadeia uma disfunção ou doença, mas, a depender de como e por quanto tempo as situações geradoras de estresse se mantêm, pode representar exposição e risco à saúde, contribuindo para a ocorrência de sofrimento e doenças. Assim, a vivência e a exposição contínua e em níveis elevados de demandas ambientais, associadas à falta de recursos em geral (individuais, psicológicos, ambientais, sociais), ampliam situações que podem ser nocivas aos trabalhadores. Aspectos relativos à organização do trabalho por ordenarem como o trabalho será feito, seu ritmo, a divisão de tarefas e de atribuições entre os trabalhadores e o tipo de relações entre as pessoas podem estruturar fatores de risco à saúde e à vida dos trabalhadores.

Os estudos de Dejours (1992) sobre as condições de trabalho têm demonstrado a existência de fatores de agressão à saúde relacionada ao trabalho. Ao analisar a inter-relação entre saúde mental e atividade laboral, considera a organização do trabalho como elemento estruturante dos efeitos negativos ou positivos sobre o funcionamento psíquico e a vida mental do trabalhador. Evidências empíricas nesta direção têm sido também observadas em estudos epidemiológicos, corroborando a hipótese de que situações de exposição prolongada ao estresse estão associadas a efeitos negativos sobre a saúde, destacadamente para a saúde mental (ARAÚJO et al., 2003).

Dentre os riscos ocupacionais geradores de estresse, tem-se privilegiado os fatores psicossociais.

Para análise dos fatores psicossociais em situações específicas de trabalho, um dos modelos mais utilizados tem sido o proposto por Karasek (1979), o denominado *modelo demanda-controle*. Este modelo, com abordagem bidimensional, considera como principais elementos estruturadores do ambiente de trabalho as demandas psicológicas (exigências psicológicas na realização das tarefas) e o controle sobre o próprio trabalho.

O controle compreende aspectos referentes ao uso de habilidades (criatividade, aprendizado de coisas novas, variedade de tarefas realizadas e desenvolvimento de habilidades especiais) e à autoridade decisória (liberdade de decidir como realizar as tarefas, pos-

sibilidade de opinar sobre o trabalho e de influenciar a política gerencial). A demanda psicológica refere-se às exigências psicológicas que o trabalhador enfrenta na realização das suas tarefas: concentração intensa, pressão do tempo para realização de tarefas, ritmo e volume de tarefas a serem realizadas (KARASEK; THEORELL, 1990; ARAÚJO; KARASEK, 2008).

A combinação de níveis de controle e de níveis de demanda psicológica estrutura quatro tipos básicos de experiência no trabalho: baixa exigência (alto controle e baixa demanda), trabalho ativo (alto controle e alta demanda), trabalho passivo (baixo controle e baixa demanda) e alta exigência (baixo controle e alta demanda). Situações de trabalho envolvendo baixo controle sobre o próprio trabalho e elevadas demandas psicológicas, segundo o modelo de Karasek (1979), estruturam condições nocivas à saúde, podendo produzir adoecimento físico e mental.

Além dos aspectos acima mencionados, mais diretamente relacionados aos riscos ocupacionais, os hábitos de vida, como as atividades de lazer e as condições gerais de vida (níveis de escolaridade e renda), podem ter impactos sobre a saúde mental dos indivíduos (PATEL et al., 2003).

Considerando que, no Brasil, ainda é restrito o número de estudos epidemiológicos voltados para avaliação da saúde mental das populações trabalhadoras, de modo a estabelecer um quadro mais aproximado da situação de saúde mental nesses grupos e dos fatores associados às repercussões negativas sobre a saúde, este estudo, de caráter exploratório, objetivou estimar a ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC) em trabalhadores, avaliando a ocorrência desses transtornos segundo diferentes aspectos da vida dos trabalhadores: características sociodemográficas, características do trabalho, atividades de lazer e aspectos psicossociais de trabalho. O estudo foi realizado com trabalhadores residentes na zona urbana da cidade de Feira de Santana, Bahia.

Espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar a reflexão sobre a situação de saúde mental dos trabalhadores e contribuir para a elaboração de projetos e políticas de saúde mental e para a gestão dos serviços de atenção à saúde e de segurança e ambiente das empresas, além de orientar ações sindicais em saúde voltadas a proporcionar melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, de vida aos trabalhadores.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal com trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana, Bahia, realizado a partir de um estudo de base populacional, desenvolvido pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana. Tem como finalidade investigar a situação de saúde mental da população urbana, com 15 anos ou mais de idade, de Feira de Santana, Bahia.

População de estudo e critérios amostrais

Para o estudo de base populacional, a amostra foi selecionada por procedimentos aleatórios. A seleção das áreas de estudo foi feita por amostragem estratificada por subdistritos, a partir de dados censitários do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

A amostragem foi feita por etapas múltiplas sucessivas, nas quais foram adotados os seguintes procedimentos: 1. determinação da representação percentual da população por subdistrito da zona urbana; 2. definição do percentual na amostra de cada subdistrito a partir dos dados de população residente em cada subdistrito; 3. listagem dos setores censitários em cada subdistrito; 4. seleção aleatória dos setores censitários a serem incluídos na amostra em cada subdistrito; 5. seleção aleatória das ruas a serem incluídas na amostra em cada setor censitário selecionado; 6. todos os domicílios nas ruas sorteadas foram incluídos na amostra; 7. todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios das ruas sorteadas, foram considerados indivíduos elegíveis para compor a amostra. Para reduzir o percentual de perdas, foi adotado o procedimento de realizar até três visitas por domicílio.

Para o cálculo do tamanho da amostra (projeto-mãe), assumiu-se estimativa de prevalência de TMC de 24% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001), erro amostral de 3%, com 95% de confiança. Assumindo-se esses parâmetros, estabeleceu-se uma amostra de 800 indivíduos. Considerando-se o efeito do desenho do estudo (amostragem por conglomerado), dobrou-se o tamanho da amostra (1.600 pessoas). Admitindo-se recusas e perdas em torno de 20%, definiu-se o tamanho da amostra em 1.920 indivíduos. Ao final do estudo, foram visitados 1.479 domicílios e entrevistadas 3.190 pessoas.

Para este estudo, foi feito um recorte do estudo populacional, analisando-se os dados somente da população trabalhadora. A definição de população trabalhadora foi feita a partir da resposta afirmativa à questão “você está trabalhando atualmente”? Portanto, considerou-se como trabalhador o indivíduo que referiu estar trabalhando no momento da coleta de dados, independentemente do tipo de vínculo de trabalho (formal ou informal), do setor de trabalho ou do valor da remuneração recebida.

Como o estudo não foi desenhado especificamente para estudar a população de trabalhadores de Feira de Santana, recalculou-se o n amostral para verificar se este estudo teria poder suficiente para avaliar tal população. Para cálculo do tamanho da amostra dos trabalhadores, foram considerados: o número de trabalhadores de Feira de Santana estimado pelo Dieese (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDO SOCIOECONÔMICOS, 2002) – 120.400 trabalhadores –, a prevalência de TMC de 24% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001), erro amostral de 3%, com 95% de confiança. A partir desses parâmetros, chegou-se ao tamanho da amostra de 890 trabalhadores.

A amostra de trabalhadores investigada totalizou 1.311 indivíduos; alcançando, assim, um tamanho amostral superior ao estimado.

Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados dois instrumentos estruturados para a coleta de dados: a ficha domiciliar, incluindo informações gerais do domicílio, e o questionário individual, contendo dados referentes a: características socio-demográficas (sexo, idade, escolaridade, entre outras), condições de vida (chefia da família, renda, tipo de moradia), hábitos de vida (prática de atividades físicas e de lazer), saúde reprodutiva, trabalho doméstico, atividades de lazer e atos de violência. A saúde mental foi avaliada pelo *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e os aspectos psicossociais relacionados ao trabalho foram mensurados pelo *Job Content Questionnaire* (JCQ) (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

A entrevista, conduzida por pesquisadores treinados, foi realizada no domicílio do trabalhador.

Variáveis de estudo

Este estudo, de caráter exploratório, investigou diferentes aspectos da vida dos trabalhadores: características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, cor da pele autorreferida e renda média mensal), características do trabalho (tipo, setor e turno de trabalho, carga horária, número de dias de trabalho e ocupação), atividades de lazer (se realiza regularmente ou não tais atividades) e aspectos psicossociais de trabalho.

Para avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho, foi utilizado o *Job Content Questionnaire* (JCQ), ou Questionário do Conteúdo do Trabalho (KARASEK, 1985; KARASEK; THEÖRELL, 1990). A versão recomendada do JCQ é composta por 49 questões incluindo mensuração de: controle sobre o próprio trabalho, demandas psicológicas, demandas físicas, suporte social no trabalho (da chefia e dos colegas) e insegurança no emprego. O JCQ é um questionário estruturado; as questões são avaliadas em escalas do tipo *Likert* variando de 1 (discordo fortemente) a 4 (concordo fortemente).

As dimensões de controle sobre o trabalho e de demandas psicológicas podem ser avaliadas simultaneamente em um modelo bidimensional: o modelo demanda-controle (KARASEK; THEÖRELL, 1990). Como já mencionado, neste modelo é proposta a análise do trabalho a partir da combinação de níveis de baixo e alto controle e de baixa e alta demanda psicológica. O trabalho em alta exigência é compreendido como a situação laboral de maior exposição ocupacional, configurando situações de risco para a saúde física e mental (KARASEK; THEÖRELL, 1990).

A versão em português do JCQ utilizada neste estudo foi a traduzida e validada por Araújo e Karasek (2008). O estudo de validação foi realizado em população de trabalhadores formais e informais e evidenciou bom desempenho global do JCQ de modo similar ao observado em outros estudos (KARASEK et al., 1998); a consistência interna, avaliada pelos coeficientes de Cronbach, foi satisfatória para as escalas avaliadas, e a análise fatorial mostrou uma estrutura consistente com os pressupostos do modelo teórico das escalas proposto.

Neste estudo, foram incluídas na análise as dimensões de controle e de demanda psicológica. Para o cálculo dessas escalas, foram seguidos os procedimentos do manual do JCQ (KARASEK, 1985). Em seguida, essas variáveis foram dicotomizadas, utilizando a média como ponto de corte. Os níveis de alto e baixo controle e de alta e baixa demanda foram combinados de modo a constituir os grupos do modelo demanda-controle: baixa exigência (alto controle e baixa demanda), trabalho passivo (baixo controle e baixa demanda), trabalho ativo (alto controle e alta demanda) e de alta exigência (baixo controle, alta demanda)

A variável resposta investigada foram os TMCs que são caracterizados, segundo Goldberg e Huxley (1992), por sinais e sintomas como: modificações do humor, irritabilidade, esquecimento, insônia, fadiga, agressividade, dificuldade de concentração e queixas psicossomáticas.

Os transtornos mentais comuns (TMC) foram mensurados pelo *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) – instrumento recomendado por ser autoaplicável, composto de 20 questões com respostas dicotômicas (sim/não) para mensurar morbidade psíquica não psicótica (WHO, 1994). As questões do SRQ-20 são avaliadas considerando-se os *últimos 30 dias*. O SRQ é usado para detectar presença de sintomas em geral. Portanto, destina-se à caracterização de grau de suspeição de transtorno psíquico, não estabelecendo diagnóstico do tipo específico de distúrbio encontrado. Assim, é um instrumento que se destina a detecção de *sintomas*, sendo adequado para estudos de populações (MARI; WILLIAMS, 1986; SANTOS; ARAÚJO; FERNANDES, 2009).

No Brasil, o SRQ-20 foi traduzido e validado por Mari e Williams (1986), obtendo-se sensibilidade de 83%, especificidade de 80% e taxa de classificação incorreta de 19%.

O SRQ-20 tem sido um dos instrumentos mais utilizados nos estudos brasileiros para avaliação de saúde mental em populações trabalhadoras (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002; ARAÚJO et al., 2003; DELCOR et al., 2004; REIS et al., 2005; NASCIMENTO-SOBRINHO et al., 2006). No estudo realizado por Santos, Araújo e Oliveira (2009), observou-se desempenho satisfatório do SRQ-20 em investigações relacionadas à saúde mental de trabalhadores. Resultados dos estudos analisados por esses autores evidenciaram tratar-se de um instrumento consistente e com boa capacidade discriminatória: coeficiente de consistência interna geral e padronizado de 0,80, estrutura fatorial compatível com uma variedade significativa de sintomatologia psíquica, permitindo identificar diferentes grupos de sintomas. Assim, o SRQ-20 apresenta desempenho aceitável para identificar transtornos mentais comuns, com boa capacidade para rastreamento de morbidade psíquica em população trabalhadora.

Neste estudo, para definição de transtornos mentais comuns, adotou-se, como ponto de corte, 7 (sete) ou mais respostas positivas, conforme utilizado em outros estudos (ARAÚJO et al., 2003; NASCIMENTO-SOBRINHO, 2006; PORTO et al., 2006).

Análise dos dados

Procedeu-se inicialmente à caracterização da população segundo os aspectos de interesse: características sociodemográficas, do trabalho profissional, aspectos psicossociais do trabalho (modelo demanda-controle) e atividades de lazer.

Posteriormente, foi conduzida a análise univariada para examinar associações brutas das variáveis investigadas e a ocorrência de TMC. Foram calculadas as taxas de prevalência, razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança. Também foi utilizado o teste qui-quadrado para avaliação de associação entre as variáveis de interesse, adotando-se $p \leq 0,05$ para associação estatisticamente significativa. Em seguida, com o objetivo de avaliar o efeito simultâneo das variáveis estudadas, realizou-se análise de regressão logística múltipla (ARLM) de natureza exploratória.

O modelo completo, testado na ARLM, incluiu as variáveis: sexo, idade, cor da pele autorreferida (categorizada em raça negra, preta/parda, e não negra), situação conjugal, renda média mensal; características do trabalho: tipo de contrato de trabalho (formal e informal), carga horária diária de trabalho (até 8 horas/mais de 8 horas), setor de trabalho (comércio, indústria, transporte, educação, serviços em geral e serviços domésticos), atividades de lazer (realiza/não realiza), ocupação e aspectos psicossociais do trabalho (demandas psicológicas e controle sobre o próprio trabalho).

A ARLM foi conduzida conforme os procedimentos recomendados por Hosmer e Lemeshow (2000) e incluiu as seguintes etapas: 1) Seleção das variáveis a partir dos objetivos do estudo e de revisão de literatura; 2) Verificação de pressupostos do modelo; 3) Pré-seleção das variáveis para inclusão na análise através do teste de razão de verossimilhança, adotando um valor de $p \leq 0,25$; 4) ARLM propriamente dita, utilizando procedimento *backward*. O critério de significância $p < 0,10$ foi adotado para obtenção do modelo final.

Considerando que a ARLM foi desenvolvida para análise de estudos de caso-controle, produzindo medidas de *Odds ratio* (OR) e não de Razão de Prevalência (RP), e que o efeito de interesse neste estudo (TMC) foi elevado, procedeu-se ao cálculo das estimativas das razões de prevalência (RP). Com base nos parâmetros do modelo final obtido, foram estimadas as RP e seus respectivos intervalos de confiança, utilizando o Método Delta, desenvolvido por Oliveira, Santana e Lopes (1997).

Os dados foram analisados utilizando os programas SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 10.0, Epi Info versão 6.0 e o "R" *The R Foundation for Statistical Computing*, versão 2.2.1.

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, seguindo os referenciais básicos da bioética e as especificações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada sob o protocolo 17/01.

Resultados

Na população estudada, evidenciou-se percentual similar de homens e mulheres, com ligeiro predomínio para o sexo masculino (50,2%) (**Tabela 1**). A faixa etária predominante foi a de 20 a 39 anos (55,4%), portanto, uma população relativamente jovem. A baixa escolaridade foi marcante: 43,5% dos trabalhadores relataram possuir o Ensino Fundamental e apenas 6,3% o nível superior. Observou-se maior proporção de casados (51,5%) e de trabalhadores que autorreferiram cor da pele parda/preta (77,0%). Com relação ao rendimento mensal, verificou-se que 40,3% recebiam menos de um salário mínimo e 44,5% ganhavam de um até três salários mínimos. Cerca de $1/3$ da população não participava de atividades regulares de lazer (**Tabela 1**).

Em relação às características do trabalho, o comércio foi o setor que mais empregou os trabalhadores estudados, 38,7% do total, seguido pelo setor de serviços em geral (27,8%) (**Tabela 2**). Como ocupação principal, predominaram os trabalhadores do comércio (38,8%).

A maioria (84,4%) referiu ter trabalho regular. O vínculo de trabalho mais expressivo foi o assalariado com e sem comissão (35,1%), seguido do profissional autônomo (34,1%). A maioria dos trabalhadores (66,2%) trabalhava 6 (seis) ou mais dias na semana. Em relação ao turno de trabalho, 80,5% trabalhavam durante o dia e apenas 3,4% trabalhavam à noite. Identificou-se elevada jornada de trabalho: a carga horária semanal excedia às 8 horas diárias de trabalho para 38,7%.

Com relação às características psicossociais do trabalho de acordo com o modelo demanda-controle, foi observado que as proporções mais elevadas de trabalhadores em situação de alta exigência foram observadas na construção civil (34,8%), nos serviços domésticos (30,6%) e no comércio (27,1%) (**Tabela 3**). Em situação de baixa exigência, as proporções mais expressivas foram no setor de ensino (35,0%), transporte (20,2%) e serviços em geral (29,1%). Os trabalhadores do ensino (32,5%) e da indústria (38,0%) também apresentaram proporções relevantes em trabalho ativo. Merece destaque o baixo percentual, em situação de trabalho ativo, dos trabalhadores de serviços domésticos (5,6%). Para a situação de trabalho passivo, destacou-se a proporção do setor de serviços domésticos (40,3%).

As maiores proporções de trabalho regular foram observadas em trabalho em baixa exigência e trabalho ativo; por outro lado, a maior proporção de atividade laboral temporária ou sazonal foi encontrada em alta exigência.

As proporções dos grupos de demanda-controle foram similares para trabalho diurno. Nos trabalhos noturno e de revezamento de turno, cabe destacar maiores proporções na situação de trabalho ativo (respectivamente 29,6% e 34,5%).

As maiores proporções de carga horária de 8 horas diárias de trabalho foram encontradas no trabalho de baixa exigência (28,8%) e mais de 8 horas diárias, no trabalho ativo (30,0%) e no trabalho de alta exigência (26,5%).

As proporções entre o número de dias trabalhados (de 1 a 5 dias na semana ou 6 a 7 dias) foram similares entre os grupos estudados (**Tabela 3**).

As situações de trabalho entre os biscateiros e as empregadas domésticas foram similares: em ambas destacaram-se os percentuais em trabalho passivo (respectivamente 30,2% e 42,9%) e em alta exigência

(28,1% e 30,6%). O perfil também foi semelhante entre autônomos e profissionais liberais, para os quais foi mais frequente o trabalho em baixa exigência e o trabalho ativo.

Entre os assalariados e os funcionários públicos, destacou-se a situação de trabalho ativo (27,4% e 36,1%, respectivamente) (**Tabela 3**).

Tabela 1 Distribuição das características sociodemográficas dos trabalhadores estudados da zona urbana de Feira de Santana, Bahia, 2002

<i>Características sociodemográficas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo (N = 1.311)		
Feminino	653	49,8
Masculino	658	50,2
Faixa etária (N = 1.311)		
15 - 19 anos	133	10,1
20 - 29 anos	395	30,1
30 - 39 anos	332	25,3
40 - 49 anos	252	19,2
50 anos ou mais	199	15,2
Escolaridade (N = 1.304)		
Analfabeto	103	7,9
Ensino Fundamental	567	43,5
Ensino Médio	552	42,3
Superior	82	6,3
Cor da pele (N = 1.254)		
Branca	276	22,0
Parda	739	58,9
Preta	227	18,1
Amarela/indígena	12	1,0
Situação conjugal (N = 1.304)		
Casado/união livre	672	51,5
Solteiro	507	38,9
Víuvo	36	2,8
Divorciado/desquitado/separado	89	6,8
Renda (N = 1.188)		
< 1 salário	479	40,3
1 a 3 salários	529	44,5
3 a 5 salários	108	9,1
>5 salários	72	6,1
Atividades de lazer (N=1.310)		
Sim	895	68,3
Não	415	31,7

Tabela 2 Características do trabalho profissional. Trabalhadores urbanos de Feira de Santana, Bahia, 2002

<i>Características do trabalho</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Setor de trabalho (N=1.219)		
Serviços domésticos*	137	1,2
Construção civil	50	4,1
Indústria manufatureira	80	6,6
Comércio	473	38,8
Transporte	56	4,6
Ensino	84	6,9
Serviços em geral**	339	27,8
Tipo de trabalho (N=1.185)		
Regular	1000	84,4
Temporário/sazonal	185	15,7
Turno de trabalho (N=945)		
Diurno	761	80,5
Noturno	32	3,4
Revezamento	152	16,1
Carga horária (N=1.311)		
Até 8 horas	803	61,3
Mais de 8 horas	508	38,7
Dias de trabalho (N= 1.311)		
1 a 5 dias	443	33,8
6 a 7 dias	868	66,2
Vínculo de trabalho (N=1.127)		
Biscateiro	110	9,8
Empregado doméstico	110	9,8
Autônomo	384	34,1
Profissional liberal	23	2,0
Assalariado com e sem comissão	397	35,1
Funcionário público	90	8,0
Empregador/empresário	13	1,2

* Serviços domésticos incluiu todos os empregados que desenvolviam atividades laborais em domicílios, com ou sem vínculo formal de trabalho, tais como jardineiros, empregadas domésticas, babás, motoristas particulares, dentre outros.

** Serviços em geral inclui todos os demais tipos de serviços, excetuando-se os domésticos.

Saúde mental dos trabalhadores

A prevalência global de transtornos mentais comuns na população de trabalhadores foi de 25,2%, sendo mais elevada entre as mulheres (36,6%) do que entre os homens (13,8%) (**Tabela 4**). A diferença observada foi estatisticamente significativa.

Verificou-se que os trabalhadores mais velhos apresentaram maior prevalência de TMC (32,2%), embora a diferença tenha sido estatisticamente significativa apenas para o estrato de idade mais avan-

çada (50 anos ou mais) quando comparado ao estrato mais jovem (15-19 anos). Com relação à escolaridade, observou-se que os trabalhadores com maior nível de escolaridade apresentaram menor prevalência de TMC (15,9% entre aqueles de nível superior e 41,7% entre os analfabetos).

Maior prevalência de TMC foi encontrada entre os trabalhadores de raça negra (preta 28,2% e parda 27,1%). Os viúvos e divorciados/separados/desquitados apresentaram as prevalências mais elevadas de TMC (36,1%).

Tabela 3 Características do trabalho segundo os grupos do modelo Demanda-Controle entre trabalhadores urbanos de Feira de Santana, Bahia, 2002

Características do trabalho	Modelo demanda-controle							
	Baixa exigência		Trabalho ativo		Trabalho passivo		Alta exigência	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Setor de trabalho								
Serviços domésticos	29	23,4	7	5,6	50	40,3	38	30,6
Construção civil	12	26,1	13	28,3	5	10,9	16	34,8
Indústria manufatureira	15	21,1	27	38,0	11	15,5	18	25,4
Comércio	118	26,6	133	30,0	85	19,2	107	24,2
Transporte	14	29,2	11	22,9	10	20,8	13	27,1
Ensino	28	35,0	26	32,5	15	18,8	11	13,8
Serviços em geral	91	29,1	91	29,1	76	24,3	55	17,6
Tipo de trabalho								
Regular	266	28,7	259	27,9	198	21,3	205	22,1
Temporário/sazonal	39	22,8	42	24,6	44	25,7	46	26,9
Turno de trabalho								
Diurno	182	25,9	179	25,5	168	23,9	173	24,6
Noturno	6	22,2	8	29,6	7	25,9	6	22,2
Revezamento	27	18,6	50	34,5	36	24,8	32	22,1
Carga horária								
Até 8 horas	215	28,8	191	25,6	182	24,4	158	21,2
Mais de 8 horas	105	23,0	137	30,0	94	20,6	121	26,5
Dias de trabalho								
1 a 5 dias	100	24,6	121	29,8	96	23,6	89	21,9
6 a 7 dias	220	27,6	207	26,0	180	22,6	190	23,8
Vínculo de trabalho								
Biscateiro	22	22,9	18	18,8	29	30,2	27	28,1
Empregado doméstico	22	22,4	4	4,1	42	42,9	30	30,6
Autônomo/profissional liberal	126	33,9	133	35,7	37	9,9	76	20,4
Assalariado com e sem comissão	88	23,4	103	27,4	100	26,7	84	22,4
Funcionário público	21	25,3	30	36,1	18	21,7	14	16,9
Empregador/empresário	3	23,1	2	15,4	6	46,2	2	15,4

A baixa renda foi fator fortemente associado à ocorrência de TMC. A prevalência de TMC entre aqueles que tinham menos de um salário mínimo foi quatro vezes maior quando comparados com aqueles que recebiam mais de três salários mínimos.

A ausência de participação em atividades de lazer associou-se positivamente à prevalência de transtornos mentais comuns: trabalhadores que não mantinham regularmente atividades de lazer apresentaram prevalência de TMC duas vezes mais elevada do que aqueles que participavam regularmente dessas atividades.

Analisando a prevalência de TMC segundo características do trabalho, observaram-se diferenças de acordo com os setores de trabalho onde atuavam. No setor de serviços domésticos, a prevalência de TMC foi de 46,7% e, no setor de ensino, de 28,6%, enquanto no setor de transporte foi de apenas 8,9%. As diferenças observadas, tomando-se o setor de transporte

como grupo de referência, foram estatisticamente significantes (**Tabela 5**).

Em relação ao vínculo de trabalho, os empregados domésticos (50,9%) apresentaram a maior prevalência de TMC, enquanto entre os empregadores/empresários se registrou a menor (15,4%).

Observou-se que trabalhadores submetidos à atividade temporária/sazonal apresentaram maior frequência de TMC (61,4%) do que aqueles que tinham trabalho regular (23,7%). Constatou-se também que aqueles que trabalhavam 6 a 7 dias por semana tinham menor prevalência de TMC (24,1%) do que aqueles que trabalhavam um número menor de dias (27,3%); mas a diferença observada não foi estatisticamente significativa. Em relação à carga horária de trabalho, observou-se maior frequência de TMC (29,8%) para aqueles que trabalhavam mais de 8 horas diárias; a diferença encontrada foi estatisticamente significativa.

Tabela 4 Prevalência (%) de transtornos mentais comuns (TMC) segundo características sociodemográficas entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA, 2002

<i>Características</i>	<i>P (%)</i>	<i>RP</i>	<i>IC95%</i>	<i>Valor de p</i>
TMC	25,2	-	-	-
Sexo				
Feminino	36,6	2,65	(2,13-3,28)	<0,001
Masculino	13,8	*	*	*
Faixa etária				
15 - 19 anos	20,3	*	*	*
20 - 29 anos	22,5	1,11	(0,76-1,63)	0,597
30 - 39 anos	27,4	1,35	(0,92-1,97)	0,111
40 - 49 anos	23,4	1,15	(0,77-1,73)	0,486
50 anos ou mais	32,2	1,58	(1,07-2,35)	0,017
Escolaridade				
Analfabeto	41,7	2,63	(1,52- 4,56)	<0,001
Ensino fundamental	31,0	1,96	(1,17- 3,27)	0,004
Ensino médio	17,2	1,09	(0,64-0,85)	0,760
Superior	15,9	*	*	*
Cor da pele				
Branca	18,1	*	*	*
Parda	27,1	1,49	(1,13-1,97)	<0,003
Preta	28,2	1,56	(1,12-2,16)	<0,007
Amarela/índigena	25,0	1,38	(0,50-3,79)	0,824
Situação conjugal				
Solteiro	22,9	*	*	*
Casado/união livre	25,0	1,34	(1,08-1,65)	<0,006
Viúvo	36,1	1,93	(1,21-3,07)	0,010
Divorciado/desquitado	36,0	1,92	(1,39-2,65)	<0,001
Renda				
< 1 salário	38,8	3,88	(2,47-6,10)	<0,001
1 a 3 salários	17,2	1,72	(1,07-2,77)	0,020
> 3 salários	10,0	*	*	*
Atividades de lazer				
Sim	18,9	*	*	*
Não	38,8	2,05	(1,71-2,46)	< 0,001

TMC = Transtorno mentais comuns; P = prevalência; RP = razão de prevalência; IC95% = intervalo de confiança de 95%.

* = Grupo de referência.

A diferença observada para as prevalências de transtornos mentais comuns segundo níveis de demanda psicológica também foi estatisticamente significante: os trabalhadores com alta demanda psicológica apresentaram prevalência 23% maior do que aqueles em baixa demanda (**Tabela 5**). A prevalência de TMC entre os trabalhadores que referiram baixo controle sobre o próprio trabalho também foi maior do que entre aqueles com alto controle: prevalência 1,3 vez maior no primeiro grupo comparado ao segundo, a níveis estatisticamente significantes.

De acordo com os aspectos psicossociais, identificou-se maior prevalência de TMC no trabalho de alta exigência (33,0%) quando comparado ao trabalho de baixa exigência. Essa diferença foi estatisticamente significante.

Na análise de regressão logística, permaneceram no modelo final as seguintes variáveis: escolaridade, renda, sexo, demandas do trabalho e atividades regulares de lazer. Assim, a exposição ao trabalho de alta demanda psicológica, com baixa renda (≤ 3 salários mínimos), baixo nível de escolaridade (sem instrução e Ensino Fundamental), do sexo feminino e que não praticavam atividades regulares de lazer foram fatores associados à ocorrência de transtornos mentais comuns. A força de associação entre TMC e as variáveis retidas no modelo final variou de 1,35 para a variável ausência de atividade de lazer (IC 95%: 1,10-1,66) a 3,04 vezes para o sexo feminino (IC 95% 2,34-3,95) (**Tabela 6**).

Tabela 5 Prevalência (%) de TMC segundo características do trabalho. Trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA, 2002

<i>Característica do trabalho</i>	<i>P (%)</i>	<i>RP</i>	<i>IC 95%</i>	<i>Valor de p</i>
Setor de trabalho				
Serviços domésticos	46,7	5,23	(2,22-12,31)	<0,001
Construção civil	26,0	2,91	(1,12-7,47)	0,019
Indústria manufatureira	25,0	2,0	(1,12-7,02)	0,017
Comércio	25,4	2,84	(1,21-6,65)	0,006
Outros serviços	18,3	2,05	(0,86-4,87)	0,083
Ensino	28,6	3,20	(1,30-7,89)	0,004
Transporte	8,9	*	*	*
Tipo de trabalho				
Regular	23,7	*	*	*
Temporário/ sazonal	61,4	1,28	(1,00-1,63)	0,05
Vínculo de trabalho				
Biscateiro	26,4	1,71	(0,46-6,37)	0,38
Autônomo	27,3	1,78	(0,49- 6,43)	0,34
Profissional liberal	8,7	0,57	(0,09- 3,55)	0,54
Assalariado com e sem comissão	18,4	1,20	(0,33- 4,35)	0,78
Empregado doméstico	50,9	3,31	(0,91- 2,00)	0,01
Funcionário público	25,6	1,66	(0,44- 6,24)	0,42
Empregador/empresário	15,4	*	*	*
Dias trabalhados por semana				
1 a 5 dias	27,3	*	*	*
6 -7 dias	24,1	0,88	(0,73- 1,07)	0,20
Carga horária				
Até 8 horas	22,4	*	*	*
Mais de 8 horas	29,8	1,33	(1,09 - 1,61)	0,004
Turno de trabalho				
Diurno/revezamento	23,0	*	*	*
Noturno	18,5	0,80	(0,36 - 1,79)	0,58
Demanda psicológica				
Baixa	22,6	*	*	*
Alta	27,7	1,23	(1,01 - 1,49)	0,03
Controle				
Baixo	28,6	1,3	(1,07 - 1,58)	<0,01
Alto	22,0	*	*	*
Grupos de demanda-controle				
Baixa exigência	20,3	*	*	*
Trabalho ativo	24,1	1,19	(0,88 - 1,58)	0,248
Trabalho passivo	24,3	1,20	(0,88 - 1,61)	0,245
Alta exigência	33,0	1,62	(1,23 - 2,14)	<0,001

P = prevalência; RP = razão de prevalência; IC95% = intervalo de confiança de 95%.

* = Grupo de referência.

Tabela 6 Razões de prevalências ajustadas, com seus respectivos intervalos de confiança (95%), entre características estudadas e transtornos mentais comuns, obtidas na análise de regressão logística múltipla

<i>Variáveis (exposto)</i>	<i>RP bruta</i>	<i>IC95%</i>	<i>RP ajustada*</i>	<i>IC95%</i>
Sexo (feminino)	2,65	(2,13 - 3,28)	3,04	(2,34 - 3,95)
Escolaridade (baixa)**	1,89	(1,53 - 2,34)	2,02	(1,57 - 2,60)
Renda (baixa)***	2,54	(1,62 - 3,99)	1,78	(1,12 - 2,84)
Demanda psicológica (alta)	1,23	(1,01 - 1,49)	1,45	(1,14 - 1,84)
Lazer (ausência)	2,05	(1,71 - 2,46)	1,35	(1,10 - 1,66)

* Ajuste simultâneo das variáveis que permaneceram no modelo final de análise.

** Baixa escolaridade: analfabeto e Ensino Fundamental; alta: Ensinos Médio e Superior.

*** Baixa renda: \leq 3 salários mínimos; Renda alta: $>$ 3 salários mínimos.

Discussão

Este estudo descreveu o perfil de trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana segundo características sociodemográficas, do trabalho, aspectos psicossociais do trabalho e atividades de lazer e estimou a prevalência de TMC segundo essas características.

Os trabalhadores estudados, em sua maioria, constituíam uma população relativamente jovem, com idade entre 20 e 39 anos, com baixa escolaridade, com predominância de níveis baixos de renda e composta por assalariados com e sem comissão (35,1%) e por trabalhadores autônomos (34,1%). O setor de comércio foi responsável pelo emprego de quase 40% da população trabalhadora amostrada, evidenciando que este setor, ao lado do setor de serviços em geral, é um dos mais importantes da economia do local estudado. Dados do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2001) sobre a economia de Feira de Santana corroboram o perfil de emprego observado.

O perfil de baixa escolaridade observado entre os trabalhadores de Feira de Santana é similar ao perfil encontrado na Bahia. Estudo realizado por Souza (2010), utilizando os dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE em 2001, apresenta informações sobre os níveis de escolaridade da Bahia e do Brasil. Na Bahia, 22% dos trabalhadores não tinham nenhuma instrução ou tinham menos de um ano de estudo, o dobro do percentual verificado no país nesse nível de escolaridade. Além disso, na Bahia, 31,3% dos trabalhadores apresentaram oito ou mais anos de estudo, enquanto no Brasil esse percentual representava 45,5% do total. Os dados evidenciaram também que na Bahia apenas 2,8% tinham quinze anos ou mais de estudo; no Brasil, o percentual foi de 6,7%. Os resultados desse estudo demonstraram que, em comparação com o Brasil, a população de trabalhadores do estado da Bahia ainda apresenta percentuais elevados nos níveis baixos de escolaridade (sem instrução ou de nível fundamental). Observa-se, portanto, que os dados obtidos neste estudo assemelham-se ao perfil do Estado como um todo.

O perfil de renda média mensal observada em Feira de Santana, com concentração nos estratos de baixa renda, é similar ao padrão do Estado. Os dados da PNAD, de 2001 (SOUZA, 2010), apontaram que no estrato de renda até um salário encontravam-se 38,3% da população economicamente ativa da Bahia, enquanto no Brasil esse percentual era bem menor: 21,8%. Por outro lado, nos estratos de renda acima de cinco salários mínimos estavam apenas 4,8% dos trabalhadores na Bahia, enquanto no Brasil alcançava 13,0% (percentual 2,7 vezes maior). Portanto, de modo similar ao observado com relação à escolaridade, observam-se claras desvantagens e atrasos dos trabalhadores da Bahia e de Feira de Santana com relação aos indicadores do país.

A prevalência global de TMC foi relevante: atingiu mais de um quarto da população estudada. Outros estudos, cujos desfechos foram os transtornos mentais comuns em trabalhadores, mensurados pelo SRQ-20, também evidenciaram que os problemas relativos à saúde mental são significativos em algumas populações de trabalhadores. No estudo entre motoristas e cobradores de ônibus urbanos da cidade de São Paulo, realizado por Souza e Silva (1998), observou-se prevalência de 20,3%. Araújo et al. (2003) identificaram prevalência de distúrbios psíquicos menores de 33,3% entre trabalhadoras de enfermagem num hospital público de Salvador-BA. Delcor et al. (2004) encontraram, entre professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, prevalência de distúrbios psíquicos menores de 45,2%, enquanto Nascimento-Sobrinho et al. (2006) encontraram prevalência de 26,0% entre médicos de Salvador.

Dentre as variáveis que foram analisadas, o sexo, a escolaridade, a renda, o trabalho em alta demanda psicológica e a ausência de atividades regulares de lazer estavam associadas à prevalência de transtornos mentais comuns. Esses são fatores que merecem atenção especial e demandam reflexão sobre as medidas a serem tomadas como alternativas possíveis para intervir na situação observada de modo a reduzir seu potencial nocivo à saúde.

Neste estudo, a variável sexo esteve fortemente associada aos TMCs. As mulheres apresentaram prevalência 3 vezes maior de TMC do que os homens. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Reis et al. (2004), ao investigarem fatores associados aos TMCs, e de Brant (2004), que constatou associação entre gênero e sofrimento (as mulheres apresentaram prevalência 6 vezes maior de sofrimento psíquico do que os homens).

Estudos que avaliaram associação entre características do trabalho e saúde em mulheres destacam que as características dos ambientes e dos processos de trabalho são definidas pelas relações de gênero, configurando diferentes experiências de trabalho para os homens e para as mulheres (HALL, 1992); os estudos apontam expressivas desvantagens para as mulheres (ARAÚJO et al., 2006). Essas desvantagens associam-se aos impactos negativos sobre a saúde mental (GRIFFIN et al., 2002), especialmente se considerarmos que as mulheres trabalhadoras no Brasil permanecem como as principais responsáveis pelo trabalho doméstico e cuidado da família, elevando a carga total de trabalho para as mulheres que, simultaneamente, desempenham os papéis de mãe, mulher, esposa e trabalhadora (ARAÚJO et al., 2003).

Observou-se associação entre nível de escolaridade e TMC. Há evidências na literatura de que o analfabetismo e o baixo nível de escolaridade são fatores que favorecem transtornos mentais (PATEL; KLEINMAN, 2003). Ludermir e Melo-Filho (2002) também constataram elevadas prevalências de TMC nos grupos de nível fundamental e analfabeto. Maragno et al. (2006), num estudo de prevalência de TMC e variáveis sociodemográficas, constataram uma tendência linear de aumento de TMC em função do menor grau de escolaridade.

Diversos autores (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002; KLEINMAN; PATEL, 2003;) destacam que o nível de escolaridade proporciona aos indivíduos melhores condições de vida, tanto nos aspectos socioeconômicos, como na inserção na estrutura ocupacional. Além disso, influencia também nos aspectos relacionados à vida pessoal, como motivações, realização de sonhos, autoestima, melhores perspectivas futuras e, fundamentalmente, a busca de novos conhecimentos. De acordo com Ludermir e Melo-Filho (2002, p. 8):

a educação tem um efeito direto na saúde psicológica, pois aumenta a possibilidade de escolhas na vida e influencia aspirações, autoestima e aquisição de novos conhecimentos que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis.

A renda esteve associada aos TMCs. Lopes et al. (2003) encontraram associação entre a presença de TMC e renda. As dificuldades financeiras podem levar ao estresse e à insegurança. O baixo nível de escolaridade pode ser fator determinante para que os trabalhadores com menor oportunidade aceitem os baixos salários ou estejam inseridos no mercado informal de trabalho (PATEL; KLEINMAN, 2003).

O município de Feira de Santana, pela sua localização geográfica, como entroncamento rodoviário, favorece o grande fluxo migratório de indivíduos de regiões mais pobres para o município. Segundo Araújo (2001), esta situação geográfica facilita a migração crescente de pessoas que, na sua maioria, são desprovidas de renda e instrução. Estas evidências são confirmadas por Queiroz et al. (2004), ao observarem que a migração é um fator que tem corroborado para a degradação ambiental e o aumento do contingente populacional de baixa renda no município estudado.

Além das variáveis sociodemográficas que mostraram associação com TMC, atividade de lazer também foi um fator associado à ocorrência dos transtornos mentais investigados.

As atividades de lazer são importantes fatores de distensionamento e contribuem para a saúde física, mental e social das pessoas. Os indivíduos que participam de atividades de lazer coletivamente estabelecem relações afetivas entre si e com o mundo, possibilitando melhores condições de saúde, socialização e interesse pela vida, conforme destacam Almeida et al. (2005). Os achados de estudo realizados por Pondé e Caroso (2003) evidenciaram que o lazer, como atividade sociocultural, tem importante papel na saúde mental das pessoas, constituindo-se como fator de proteção da saúde mental.

A ausência de tempo livre, em função da carga de trabalho e da dupla jornada ocupacional, e falta de condição financeira são aspectos que comprometem o acesso ao lazer. A elevada carga de trabalho semanal a que estão submetidos os trabalhadores que, para sobreviverem, são obrigados a exercer várias atividades, como é frequentemente observado entre vigilantes, professores e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos), acaba por consumir o tempo que poderia ser dedicado a lazer, repouso e descanso (PONDÉ; CAROSO, 2003). Estudo realizado por Araújo, Graça e Araújo (2003) com o objetivo de descrever as prevalências de distúrbios psíquicos menores em professores universitários e dentistas constatou que cerca de 61% dos professores dedicavam 35 horas semanais às atividades profissionais e que os cirurgiões-dentistas (50%) tinham carga horária semanal de trabalho variando de 36 a 44 horas. O duplo emprego foi referido por 47% dos professores, enquanto 42,3% dos dentistas relataram possuir dois ou mais empregos. A manutenção de múltiplos empregos é também uma característica frequente entre professores (DELCOR et al., 2004), trabalhadoras de enfermagem (ARAÚJO et al., 2003) e médicos (NASCIMENTO-SOBRINHO et al., 2006).

Estudo realizado por Almeida et al. (2005) sobre atividades de lazer entre idosos em Feira de Santana identificou que a cidade é desprovida de espaços de lazer para a população, em especial para os idosos. Constatou que os equipamentos de lazer são poucos e os existentes estão localizados no centro da cidade e se destinam às práticas físico-esportivas; portanto, não é oferecida à periferia da cidade qualquer possibilidade cultural ou

de lazer. Desse modo, as opções encontradas para aqueles que podem consumir limita-se a frequentar bares e restaurantes. A inexistência ou as dificuldades de acesso aos equipamentos coletivos (praças, parques, ginásio poliesportivos, por exemplo) são fatores que impossibilitam à população, sobretudo a periférica, de participar de atividades de lazer. Políticas públicas voltadas para o aumento desses equipamentos devem ser pensadas como estratégias para o incremento da inserção em atividades de lazer, o que pode contribuir para elevação da qualidade de vida das populações.

Altos níveis de demandas psicológicas elevaram a prevalência de transtornos mentais comuns. Esse resultado é coerente com os achados de outros estudos que constatarem associação entre alta demanda psicológica do trabalho e adoecimento psíquico, incluindo estudos longitudinais (STANSFELD et al., 1999). Reis et al. (2005) constatarem elevada prevalência de distúrbios psíquicos menores em professores da rede municipal de Vitória da Conquista/BA: professores expostos ao trabalho de alta demanda psicológica apresentaram prevalência 39% maior do que trabalhadores em situação de baixa demanda. No estudo de Araújo, Graça e Araújo (2003), a prevalência de distúrbios psíquicos menores entre professores universitários e entre cirurgiões-dentistas foi mais elevada na situação de trabalho de alta demanda. Nascimento-Sobrinho et al. (2006), em estudo realizado com médicos em Salvador, também constatarem maior prevalência para os médicos que referiram alta demanda.

Como se pode observar, a literatura registra resultados consistentes de associação entre elevada demanda psicológica e efeitos negativos sobre a saúde mental. A demanda psicológica tem um papel relevante na produção de sofrimento psíquico. Alguns estudos apontam que elevadas demandas psicológicas podem, inclusive, reduzir os efeitos benéficos de outros fatores, como, por exemplo, do alto controle sobre o próprio trabalho (ARAÚJO et al., 2003). Ou seja, quando as demandas são excessivas, o controle pode não promover os efeitos positivos esperados, porque o repertório e as possibilidades de responder adequadamente às demandas ambientais tornam-se insuficientes em função do nível de demanda encontrado: nessas situa-

ções, o trabalhador não é mais capaz de responder como desejaria, o que gera uma situação de inadequação e intenso sofrimento. Esse sentimento pode ser a conexão entre essa exposição no ambiente de trabalho e a ocorrência de transtornos mentais. O ritmo, o volume e o tempo para se realizar o trabalho (indicadores que entram na avaliação da demanda psicológica aqui analisada) regem o modo operatório, o modo como se realiza o trabalho. Esses aspectos podem estruturar exposições significativas à saúde (SCHNALL; DOBSON; ROSSKAM, 2009).

Os resultados aqui obtidos devem ser avaliados com cautela em função de possíveis limitações do estudo. Dentre essas limitações, cabe considerar aquelas relativas ao tipo de desenho do estudo utilizado: corte transversal. Pode ter havido viés de seleção, pois se estudou apenas quem estava trabalhando no momento da pesquisa. Portanto, quem adoeceu e perdeu o emprego não entrou no estudo (viés de sobrevivência). Também não se pode descartar a hipótese de causa reversa, ou seja, não é possível identificar se os TMCs influenciaram os fatores associados ou vice-versa. O caráter transversal do estudo impossibilita análise de antecedência temporal.

Apesar dessas limitações, o estudo avaliou um contingente expressivo de trabalhadores, incluindo múltiplas categorias profissionais, vários setores da economia, com vínculo de trabalho formal e informal; ou seja, avaliou-se um conjunto bastante diversificado de trabalhadores. Além disso, os procedimentos de amostragem foram aleatórios e os instrumentos de pesquisa utilizados são largamente usados em estudos ocupacionais, revelando bom desempenho desses instrumentos em medir o que se propõe a medir.

Espera-se que os achados encontrados neste estudo contribuam para o melhor dimensionamento das questões relativas à saúde mental dos trabalhadores e para fomentar a discussão sobre os fatores associados ao adoecimento mental identificado. Assim, esta investigação pretendeu contribuir para um novo olhar sobre a saúde mental e o trabalho para que se possa, a partir daí, incentivar a proposição de medidas e ações que promovam a saúde física e mental dos trabalhadores.

Contribuições de autoria

Farias, M. D.: Realizou o delineamento e o planejamento do manuscrito, a análise dos dados e participou da elaboração, revisão e versão final do manuscrito; Araújo, T. M. de: Coordenou o projeto de pesquisa, participou da concepção do estudo, da coleta de dados, da análise dos dados, da elaboração, revisão e versão final do manuscrito.

Referências

ALMEIDA, M. M. G. et al. Atividades de lazer entre idosos. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 29, n. 2, p. 339-352, jul./dez. 2005.

ARAÚJO, E. M. Configuração do espaço urbano de Feira de Santana-BA. *Revista de Saúde Coletiva da UEFES*, Feira de Santana, v. 1, n. 1, p. 9-16, 2001.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.

ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. M. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo

- demanda-controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.
- ARAÚJO, T. M. et al. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1117-1129, 2006.
- ARAÚJO, T. M.; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, Helsinki, p. 52-59, 2008. Suplemento 6.
- BRANT, L. C.; DIAS, E. C. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 942-949, jul./ago. 2004.
- CHECKOWAY, H.; PEARCE, N.; KRIEBEL, D. *Research methods in occupational epidemiology*. 2th ed. New York: Oxford University Press, 2004.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- DELCOR, N. S. et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 187-196, jan./fev. 2004.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDO SOCIOECONÔMICOS. *PED. Região metropolitana de Salvador*. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/ped/ssa/pedssa/2002.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2006.
- FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES A. L. *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 99-106, 2006.
- GRIFFIN, J. M. et al. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Social Science & Medicine*, v. 54, n. 5, p. 783-798, 2002.
- GOLDENBERG, D.; HUXLEY, P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock, 1992.
- HALL, E. Double exposure: the combined impact of the home and work environments of psychosomatic strain in Swedish women and men. *International Journal of Health Services*, v. 22, n. 2, p. 239-260, 1992.
- HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. *Applied logistic regression*. 2th. ed. New York: John Wiley & Sons, 2000. &
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2000: agregado por setores censitários dos resultados do universo*. 2. ed. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2000/Dados_do_Universo/Agregados_por_Setores_Censitarios)
- [Demografico_2000/Dados_do_Universo/Agregados_por_Setores_Censitarios](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2000/Dados_do_Universo/Agregados_por_Setores_Censitarios)>. Acesso em: 15 maio 2005.
- _____. *Pesquisa nacional por amostras de domicílios – PNAD, 2001*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 29 set. 2010.
- KARASEK, R. A. Job demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, v. 24, n. 2, p. 285-308, 1979.
- _____. *Job content questionnaire and user's guide*. Massachusetts: University of Massachusetts, 1985.
- KARASEK, R. A.; THEÖRELL, T. *Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.
- KARASEK, R. A. et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessment of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, v. 3, n. 4, p. 322-355, 1998.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 713-1720, nov. 2003.
- LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213-221, jan. 2002.
- MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, ago. 2006.
- MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *British Journal of Psychiatry*, Londres, v. 148, n. 1. p. 23-26, 1986.
- NASCIMENTO-SOBRINHO, C. L. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 131-140, jan. 2006.
- OLIVEIRA, N. F.; SANTANA V. S.; LOPES, A. A. Razões de proporções e uso do método Delta para intervalos de confiança em regressão logística. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 1, p. 90-99, fev. 1997.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório mundial da saúde*. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/upload/Arqsmental.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2007.

- PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 81, n. 8, p. 606-615, 2003.
- PONDÉ, M. P.; CAROSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. *Revista de Ciências Médicas*, v. 12, n. 2, p. 163-172, abr./jun. 2003.
- PORTO, L. A. et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 818-826, 2006.
- POSSAS, C. *Epidemiologia e Sociedade – Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- QUEIROZ, C. M. B. et al. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 411-421, 2004.
- RAMALHO, J. R. Precarização do trabalho e impasses na organização coletiva no Brasil. In: ANTUNES, R. (Org.). *Neoliberalismo, trabalho e sindicatos: reestruturação produtiva na Inglaterra e no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 1997. p. 85-114.
- REIS, E. J. F. B. et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, set./out. 2005.
- SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214-222, jan. 2009.
- SCHNALL, P.; DOBSON, M.; ROSSKAM, E. (Org.). *Unhealthy Work: causes, consequences, cures*. New York: Baywood, 2009.
- SOUZA, M. F. M.; SILVA, G. R. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 50-58, 1998.
- SOUZA, N. S. S. *Perfil da população de trabalhadores do Estado da Bahia*. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/cesat/cadinfo/Artigo_IBGE.pdf>. Acesso em: 29 set. 2010.
- STANSFELD, S. A. et al. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occupational and Environmental Medicine*, v. 56, n. 5, p. 302-307, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *User's guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva: World Health Organization, 1994.

Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho

Elisete Soares Traesel¹
Álvaro Roberto Crespo Merlo²

Immaterial labor in hospital nursing: collective experiences of nurses under the Psychodynamics of Work perspective

¹ Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário Franciscano (Unifra)

² Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Contato:

Elisete Soares Traesel
Rua Tenente Fraga, n. 138
Bairro Presidente João Goulart
CEP 97090-650

E-mail:

elisetetraesel@unifra.br

Resumo

Este artigo apresenta resultados de uma pesquisa fundamentada na Psicodinâmica do Trabalho, realizada em um hospital do Rio Grande do Sul entre 2006 e 2007. Investigou-se a psicodinâmica no contexto de trabalho imaterial da enfermagem, efetuando uma análise das vivências coletivas dos trabalhadores diante das demandas contemporâneas. A partir do estudo, foi possível constatar os efeitos da maximização do trabalho imaterial na contemporaneidade, identificando traços do sofrimento vivenciado pelos trabalhadores e as dificuldades relacionadas às exigências da profissão de enfermeiro na atualidade. Isso leva os profissionais ao individualismo e limita a expressão do reconhecimento e a visibilidade de suas contribuições no trabalho, restringindo as possibilidades de transformação do sofrimento vivenciado no meio profissional em prazer e realização. Além disso, verificou-se que há doação intensa ao trabalho, busca pela perfeição, restrição de tempo e espaço para interação e cuidado, limitação nos espaços de discussão, de convivência, de elaboração compartilhada de sentimentos e falta de relacionamento efetivo da equipe com predominância da técnica e das prescrições. Com os resultados obtidos, entende-se que se faz fundamental a potencialização dos espaços de discussão e de convivência rumo à construção coletiva de emancipação profissional e de novos sentidos para o trabalho na enfermagem.

Palavras-chave: enfermagem; psicodinâmica do trabalho; trabalho imaterial; trabalho e contemporaneidade.

Abstract

This article is the result of a research based on the Psychodynamics of Work methodology, conducted in a hospital in Rio Grande do Sul, Brazil, between 2006 and 2007. The research purpose was to investigate the psychodynamics of nursing immaterial labor by analyzing socialization among hospital nurses confronted with their contemporary professional demands. The research evidenced the effects of immaterial labor maximization in the contemporary world, as well as nurses' suffering and difficulties when facing their present job demands. These factors lead these professionals into individualism, limit self-recognition and visibility of their professional contribution, reducing the possibility of transforming their suffering at work into pleasure and fulfillment. Among these hospital nurses were also observed: their dedication to the job and search for perfection, time and space restrictions which prevent them from interacting and caring of patients; reduced opportunities to gather, discuss problems, and share their feelings; lack of effective group relationship, overvaluing techniques and prescribed tasks. As conclusion, it is essential to increase nurses' opportunities for discussion and socialization aiming at a collective construction of their work emancipation and of new meanings for their profession.

Keywords: nursing; psychodynamics of work; work and contemporaneity; immaterial labor.

Recebido: 25/01/2010
Revisado: 25/04/2011
Aprovado: 03/05/2011

Introdução

Neste trabalho serão apresentados os resultados de uma investigação baseada nos estudos e nos pressupostos metodológicos da Psicodinâmica do Trabalho, fundamentada por Dejours (1992, 1999, 2004c), que consiste em uma abordagem clínica da atuação profissional, tendo em vista as possibilidades de retomada do sentido do trabalho a partir dos espaços de discussão e da escuta coletiva dos trabalhadores.

Escolheu-se o contexto da enfermagem para o desenvolvimento da presente pesquisa em função desta profissão apresentar peculiaridades que incluem atenção ao paciente, responsabilidades administrativas, bem como exigência profissional constante, em um contexto no qual sua contribuição é, geralmente, imensurável por lidar, concomitantemente, com serviços técnicos específicos da área, cuidados, interação humana e trabalho afetivo. Além disso, produz um bem intangível que se consome ao mesmo tempo em que é produzido – características do trabalho imaterial. Neste sentido, Molinier (2008) afirma que a discrição é essencial para o saber-fazer na enfermagem e é sua permanência como uma figura discreta que caracteriza, na expectativa do outro, a sua competência, o que traz sérias limitações ao seu reconhecimento.

Segundo Dejours (2004a), a inteligência no trabalho está continuamente condenada à discrição, à clandestinidade e é por isso que parte importante do trabalho efetivo permanece na sombra, principalmente nos trabalhos em que os modos operatórios e os procedimentos são rigorosos.

Conforme o autor, esta dificuldade se agrava quando as atividades do trabalho:

evoluem na direção das tarefas imateriais, isto é, quando não há mais produção de objetos materiais [...], em particular no caso das atividades ditas de serviço, onde a parte mais importante do trabalho efetivo é invisível. (DEJOURS, 2004a, p. 30)

Com relação à Psicodinâmica do Trabalho, ela considera a normalidade como um compromisso entre o sofrimento e as estratégias de defesa (DEJOURS, 1999). Enfoca, ainda, o reconhecimento, em seus diferentes modos de expressão, como mediador da construção da identidade no campo social. Este reconhecimento produz sentido ao sofrimento no trabalho e, portanto, promove a realização, a emancipação e, conseqüentemente, a saúde (DEJOURS, 1992, 1999, 2004b).

Ao definir o escopo da pesquisa, optou-se por conhecer as vivências coletivas dos trabalhadores no contexto do trabalho imaterial maximizado pelo capitalismo em seu modelo atual por considerar que esta é uma importante dimensão do mundo do trabalho na atualidade, como propõem Hardt e Negri (2001) e Lazzarato e Negri (2001).

No que se refere ao trabalho imaterial do enfermeiro nos hospitais, este se encerra no momento de

sua produção, sendo que a ele é agregado o próprio trabalhador com suas características pessoais. Esse trabalho é essencialmente afetivo, pois inclui contato e interação na promoção de cuidados que se transformam em bens imateriais.

Segundo Pitta (1994), embora o hospital seja um local preferencial para o avanço científico e tecnológico, quem vai determinar a qualidade e a eficácia da atenção e do tratamento é o trabalho humano. Isto constitui um conflito importante na profissão, pois o investimento fica concentrado na tecnologia e na técnica, desconsiderando os aspectos humanos e a contribuição do trabalhador que, embora continue sendo imprescindível, sente-se descartável neste processo.

Assim, no trabalho de enfermagem, inserido no modelo atual do capital cujo foco está na polivalência, na flexibilidade, nos resultados e na exigência de altos níveis de performance, há uma forte tendência a não valorizar a contribuição deste trabalhador, com fortes impactos sobre a sua saúde.

Segundo Dejours e Bègue (2010), os agravos à saúde mental que podem, inclusive, culminar com o suicídio, conforme constatado em recentes pesquisas, geralmente estão associados a uma desqualificação da contribuição do indivíduo e do não reconhecimento de seu mérito pessoal. Dessa forma, na profissão de enfermagem há um intenso investimento que passa despercebido em um cenário em que o que importa são os resultados, o desempenho e o alcance e superação de metas. Nesta direção, Molinier (2008) afirma que existem atividades, nas quais podemos situar a enfermagem, que são ainda mais invisíveis do que outras. Tais profissões não se concretizam em objetos ou ações técnicas, nem em objetivos diretos, o que dificulta a percepção de sua importância.

Assim, considerando o protagonismo do reconhecimento na construção da identidade e na produção de sentido ao sofrimento no trabalho, este contexto laboral pode ser nocivo à saúde destes trabalhadores, pois o fazer do enfermeiro tende à invisibilidade, tendo em vista que, na atualidade, há uma intensa valorização da tecnologia aplicada à saúde e da precisão da técnica aliada à racionalização dos custos e do tempo de execução dos procedimentos em detrimento do fator humano.

A fim de contextualizar esta pesquisa, articulando as perspectivas clínica e crítica (PÉRILLEUX, 2010), considerou-se importante refletir sobre a natureza do trabalho imaterial do enfermeiro na contemporaneidade, maximizado pela lógica capitalista, conforme acima exposto. Esta preocupação justifica a importância desta pesquisa e o estudo da Psicodinâmica do Trabalho da enfermagem no ambiente hospitalar, buscando, através da Clínica do Trabalho, conhecer as vivências dos trabalhadores deste campo, bem como abrir um espaço de comunicação entre os enfermeiros e de visibilidade de suas contribuições à organização hospitalar.

Ressalta-se que os resultados do trabalho na enfermagem não são concretos e palpáveis, mas sim baseados em relações, comunicações, rede de informações e doação ilimitada de afeto, características do trabalho imaterial (HARDT; NEGRI, 2001).

Salienta-se, ainda, que o contexto hospitalar parece gerar formas peculiares de sofrimento e/ou prazer e realização no trabalho cujo estudo contribui para as reflexões acerca das estratégias de mobilização e para a potencialização da saúde mental do profissional de enfermagem na atualidade. Sendo assim, um aspecto desta profissão que merece destaque, em função de sua complexidade, é a intensa doação, também capturada pela essência do que é denominado de trabalho imaterial na pós-modernidade. Lazzaratto e Negri (2001, p. 25) salientam que, como prescreve a nova forma de gestão, hoje, “é a alma do operário que deve descer na oficina”. É a sua personalidade, a sua subjetividade que deve ser organizada e comandada. Portanto, a qualidade e a quantidade do trabalho são reorganizadas em torno de sua imaterialidade.

Neste sentido, se uma das especificidades deste fazer está relacionada ao fato do trabalhador formar intensos vínculos com as tarefas imateriais e dedicar-se significativamente a elas, este modo de funcionamento será ainda mais intensificado pela lógica contemporânea de entrega de corpo e alma para a organização.

De acordo com Kirchof (apud LEOPARDI et al., 1999), está presente no hospital um modelo ideológico de produtividade em que se deve contribuir ativamente para a cura dos corpos para que estes retornem o mais rápido possível ao circuito de produção e consumo. Diante dessa imposição, não há espaço para os enfermeiros adocermem, sofrerem e lidarem com suas dores, perdas e lutos, pois seu dever é realizar um trabalho discreto, sem emoções que possam alterar a cadência e o ritmo da produção em nossa sociedade.

Pitta (1994) salienta, ainda, que o hospital reproduz o modo de produção capitalista atual, o qual tem transformado suas características de “ofício” em “processo tecnológico de trabalho” com o uso cada vez mais acentuado da informatização, de modernos recursos e técnicas, principalmente nos diagnósticos, bem como nos métodos de trabalho que exigem menos trabalhadores. Isso leva, inevitavelmente, à redução dos postos de trabalho, à dupla ou tripla jornada, ao trabalho temporário e à precarização das relações de trabalho, culminando com profunda insegurança destes profissionais. Aliado a isso, há uma busca por competitividade associado a metas intransponíveis e a um aumento significativo da demanda, com diminuição do tempo para estabelecer interações efetivas com os pacientes.

Outro fenômeno de extrema relevância, com profundos efeitos sobre a atividade da enfermagem, é a globalização. Segundo Silva (2008), as consequências da globalização da economia na contemporaneidade tornam ainda mais complexo o trabalho do enfermei-

ro, pois a expansão do comércio transnacional é uma causa direta da proliferação de doenças, dos danos ao ambiente físico e das perdas da qualidade ambiental, afetando a saúde e levando a outros problemas relacionados à desintegração social e à violência. Tudo isso coloca novas exigências ao profissional da enfermagem, que, embora trabalhe em uma empresa que lhe exige produção, vai sentir-se convocado a tomar posições éticas e políticas que não visem apenas à cura, mas que se dirijam à educação, à promoção e à prevenção em saúde. Contudo, o enfermeiro corre o risco de cair na armadilha da rotinização, das normas e prescrições com vistas à qualidade de seus processos e produtos, conforme previsto na agenda das organizações hospitalares contemporâneas, reduzindo, cada vez mais, o espaço para construir vínculos, relações e criar novas formas de cuidado e visando atender as reais necessidades humanas que se apresentam em seu cotidiano.

Segundo Beck (2001), a instituição hospitalar está profundamente inserida na lógica contemporânea de desumanização, maquinização, pressão desenfreada, números e cifras ao invés de seres humanos, aceleração constante, relacionamentos supérfluos e fugazes. Por outro lado, a autora aponta que há saídas para este círculo vicioso desde que seja dada atenção à saúde do trabalhador da enfermagem, porém este espaço para o cuidado ao cuidador ainda precisa ser construído e consolidado no hospital.

Para o trabalhador do contexto pesquisado, uma das principais consequências é a sensação de aprisionamento e desperdício de seu tempo. A exploração é sutil, quase imperceptível, mas seus efeitos são avassaladores. Ao encontro disso, Lazzaratto e Negri (2001, p. 88) afirmam que “o capitalismo contemporâneo não organiza mais o tempo de trabalho, mas o tempo de vida”. Outra consequência importante do trabalho imaterial na enfermagem é a exigência de um nível de desempenho de um “super-homem/mulher”, adaptado às novas tecnologias e aos novos modos de gestão próprios do modelo global do novo capitalismo. Entretanto, todo esse desempenho não é visto como uma contribuição a ser reconhecida, mas como uma exigência básica à manutenção no mercado de trabalho.

Assim, constata-se que as organizações estão a todo o momento transformando-se e exigindo mudança por parte deste trabalhador que está perdendo a noção do que representa uma contribuição significativa, e não excessiva, à organização, pois há cada vez mais controles e exigências e, em contrapartida, cada vez menos tempo e espaço para a assimilação das perdas e frustrações, o compartilhar de vivências, a interação efetiva e afetiva com os pacientes e para a construção de relações de trabalho que primem pela cooperação, pela convivência e pela solidariedade. Sendo assim, os trabalhadores da enfermagem estão cada vez mais necessitando de espaços de reflexão, transformação e emancipação (BECK, 2001; TRAESEL; MERLO, 2010).

Percurso metodológico

A metodologia em Psicodinâmica do Trabalho

Dentro dessa perspectiva metodológica, a vivência subjetiva do trabalhador é o ponto de maior relevância, sendo o discurso coletivo o principal material para se tomar contato com a subjetividade dos profissionais.

Logo, o material de pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho é, conforme Dejours (2004c), o resultado de uma operação realizada no que foi anteriormente discutido pelo grupo. Esta operação refere-se ao que foi dito e que pode ser reconhecido como discurso, ao que é uma formulação repleta de originalidade, vida, engajamento e subjetividade. Dessa forma, o material de interpretação em Psicodinâmica do Trabalho é uma observação comentada em que, de acordo com o autor, o trabalho de objetivação tem seu foco deslocado da objetivação da fala dos trabalhadores para a objetivação da intersubjetividade.

Quanto ao método de interpretação, o pesquisador deverá ficar em uma posição de interlocutor e não de especialista, pois o autor acredita que é esta posição que torna possível a abertura para o discurso relativo ao sofrimento e ao prazer. Discurso este passível de escuta e de interpretação, que abre espaço para o sujeito e lhe possibilita sair de uma posição de submissão rumo à emancipação. O mesmo autor adverte que o discurso deve ser entendido nesta escuta não como uma série de palavras, mas como uma atitude que implica um ato de pensar, diferente da atividade de pensar.

Neste sentido, a observação clínica é essencial e a redação desta observação é realizada a partir da própria pesquisa, em um segundo momento. Ou seja, logo após o trabalho de campo, a partir das informações que ficaram retidas na memória do pesquisador, a redação será desenvolvida. Entretanto, para encontrar:

a formulação precisa de um trabalhador do grupo ou de um pesquisador, é possível recorrer às anotações realizadas durante a sessão e, excepcionalmente, a fitas gravadas durante a sessão. (DEJOURS, 2004c, p. 119)

Isto é, a redação da observação deve, necessariamente, ser fundamentada nos discursos dos participantes da sessão.

Nesta pesquisa, foi utilizado o recurso da gravação para garantir a fidedignidade e a precisão dos relatos das trabalhadoras, conforme propõe Dejours (2004c) para o desenvolvimento desta técnica. Entretanto, a interpretação e a análise clínica do trabalho foram desenvolvidas a partir da intersubjetividade e da intercompreensão, possibilitadas pelo espaço de discussão e pela observação clínica.

O princípio fundamental de investigação situou-se, então, na consideração de que as noções sobre as vivências subjetivas qualitativas dos trabalhadores somente podem ser elaboradas através das relações intersubjetivas, isto é, no espaço coletivo, sendo que

é na narrativa do pesquisador que se encontra a maior riqueza para a discussão. Nesta direção, Molinier (2003) salienta que a Psicodinâmica do Trabalho está alicerçada sobre uma metodologia que privilegia a intersubjetividade. Em outras palavras, é a própria subjetividade do pesquisador que é mobilizada no intuito de acessar a subjetividade do outro.

Na visão de Dejours, o foco da Clínica do Trabalho é abrir espaço à possibilidade dos agentes refletirem sobre a sua situação em relação ao trabalho e sobre as consequências dessa relação, mergulhando na dialética ator-sujeito. Busca-se, assim, estudar:

o lugar dos sujeitos em sua relação com o trabalho [...] o espaço deixado ao indivíduo para se servir do trabalho como 'ressonância metafórica' à cena da angústia e do desejo. (DEJOURS, 2004c, p. 126)

E, ainda, analisar os possíveis obstáculos que o trabalho coloca à possibilidade de ressonância metafórica e que podem ser vistos como um fator determinante do poder estruturador ou desestruturador do trabalho em relação à economia psíquica dos trabalhadores. Para Szelwar (2008), a metodologia em Psicodinâmica do Trabalho fundamenta-se na palavra do sujeito em situação de grupo, tornando possível a expressão de sua vivência e a elaboração, de forma compartilhada, da reflexão referente à relação entre sofrimento e prazer no trabalho. Portanto, nesta prática, é importante um engajamento efetivo dos pesquisadores que estão na condução do processo. Merlo e Mendes (2009) salientam que uma característica relevante desta metodologia é visar ao coletivo de trabalho, não se voltando aos indivíduos isoladamente.

Desse modo, as intervenções dos pesquisadores não têm fins terapêuticos individuais, mas sim de análise da organização de trabalho. Nesta direção, tais investigações situam-se entre a patologia e a normalidade, partindo do pressuposto de que a saúde mental é resultante também das formas como os sujeitos-trabalhadores reagem e agem diante do sofrimento relativo aos constrangimentos que se impõem na organização de trabalho. Esses constrangimentos englobam o constante encontro com a imperfeição e a falta como indissociáveis de seu fazer, constituindo "a condição permanente do trabalho que será sempre inacabado" (MERLO; MENDES, 2009, p. 143).

Então, o foco da Psicodinâmica do Trabalho é buscar a compreensão dos fatores psíquicos e subjetivos que são mobilizados nas relações de trabalho. Nesse sentido, são estudadas dimensões menos visíveis vivenciadas pelos trabalhadores na organização de trabalho, dentre elas, mecanismos de "cooperação, sofrimento, mobilização da inteligência, vontade e motivação e estratégias defensivas" (LANCMAN; HELOANI, 2004, p. 82).

Para alcançar esse propósito, usa-se um método específico que entrelaça a intervenção à pesquisa, pautada pelos princípios da pesquisa-ação, mas que, devido às suas especificidades, intitula-se "Clínica do Trabalho", considerando que tem o intuito de intervir nas situações concretas de trabalho, buscando a compreen-

são dos processos psíquicos envolvidos e construindo avanços teóricos e metodológicos generalizáveis a outros contextos.

Mendes e Morrone (2010, p. 40) acrescentam que a metodologia em Psicodinâmica do Trabalho permite que:

por meio da linguagem, o sujeito expresse as ambivalências entre o seu mundo interno e a práxis do trabalho vivo – o acesso à vivência do trabalho só existe se mediatizada pela palavra.

Assim, na Clínica do Trabalho, pelo relato das vivências dos trabalhadores, pode-se escutar o invisível do sintoma, possibilitando ao sujeito aprender com o sofrimento.

Por assim dizer, as autoras entendem que, através dessa escuta, “novas formas de vida surgem, permitindo a transformação do sofrimento em mobilizações para a busca do prazer na atividade profissional” (MENDES; MORRONE, 2010, p. 41). Salientam, ainda, que o princípio metodológico da Clínica do Trabalho é a interpretação da fala para a ação, objetivando a perlaboração de modos defensivos. Ou seja, enfocam-se, principalmente, as ações usadas pelos trabalhadores a fim de realizar o confronto com a organização do trabalho, sendo este responsável pela maneira pela qual as estratégias são construídas e desenvolvidas. Sendo assim, essas ações podem ser abertas e favoráveis aos espaços de expressão do sofrimento, reconhecimento e cooperação, promovendo saúde ou, em contrapartida, podem constituir ambientes propícios ao adoecimento. Em síntese, estão interligados na análise clínica do trabalho três aspectos fundamentais: o sofrimento, as vivências no trabalho e o reconhecimento.

Quanto à análise dos resultados em Psicodinâmica do Trabalho, bem como apontam Lancman e Heloani (2004, p. 84), pode-se destacar que:

a delimitação dos objetivos específicos, o detalhamento das estratégias metodológicas, o trabalho de campo, análise do material, a avaliação, a validação e coleta de dados e sua análise ocorrem, simultaneamente, ao longo da intervenção.

Ainda, no que se refere à validação, esta é feita em dois momentos: durante a própria pesquisa e no momento de sua devolução aos trabalhadores. Nesta direção, Merlo e Mendes (2009, p. 152) constata que essa metodologia “revela-se um instrumento para intervenção, prevenção e transformação de processos de trabalho agressivos à saúde psíquica”. Ou seja, para os autores, a Psicodinâmica do Trabalho vem ao encontro da saúde do trabalhador, propiciando a melhoria dos processos de trabalho prejudiciais à saúde mental dos envolvidos. Em concordância, Sznalwar (2008) defende que a criação de espaços de discussão, tal como proposto pela metodologia em Psicodinâmica do Trabalho, pode, ainda, promover uma forma de engajamento no trabalho que atue como mediadora na renovação do desejo. Ou seja, segundo o autor, os espaços de discussão podem possibilitar o acesso ao prazer advindo do reconhecimento do fazer e das contribuições à organização

de trabalho, o que mediatiza a construção da identidade no registro social.

Considera-se importante salientar, ainda, a dimensão ético-política dessa metodologia. Aplicar a Psicodinâmica do Trabalho “implica o engajamento subjetivo, político e ético do pesquisador” (MERLO; MENDES, 2009, p. 147). A mobilização do fazer em busca de transformação deflagra uma mobilização que é também sociopolítica. Neste sentido, caminha-se na Psicodinâmica do Trabalho em direção à emancipação do sujeito, pois pensar e falar mobilizam o sujeito para a ação sobre o trabalho.

Pode-se compreender, assim, que “a psicodinâmica do trabalho, pode contribuir ativa e eticamente, na construção de espaços de comunicação abertos à transformação” (TRAESEL; MERLO, 2009, p. 108). Estes espaços são extremamente importantes como geradores de saúde e realização para o trabalhador e para a organização de trabalho na superação de seus limites.

Procedimentos

A presente pesquisa foi desenvolvida em um hospital privado, situado em uma cidade de porte médio no interior do estado do Rio Grande do Sul, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), que atende a uma demanda regional de pacientes deste sistema. Este local de pesquisa foi definido por conveniência, considerando que estava sendo estudada a natureza deste trabalho, bem como o sofrimento e as possibilidades de realização na enfermagem dentro do contexto hospitalar.

Inicialmente, a pesquisadora estabeleceu contato com a coordenação de enfermagem, que, com o apoio da direção do hospital, apresentou receptividade à proposta de pesquisa expressando uma demanda à mesma.

Após aprovação da pesquisa pela instituição, realizaram-se as seguintes etapas: pesquisa inicial para levantamento de informações que incluíram alguns contatos iniciais e entrevistas informais com os enfermeiros; visita ao hospital em funcionamento e conhecimento de sua dinâmica e organização de trabalho; e, por fim, escuta de um grupo de trabalhadoras da enfermagem que participaram dos encontros por livre adesão. A pesquisadora propôs a discussão de temas relativos às vivências subjetivas na situação de trabalho, tendo como norteadores os objetivos da pesquisa que foi iniciada em 2006 e concluída em 2007, quando foi efetuada a devolução e discussão dos resultados com as participantes.

Salienta-se que a pesquisa inicial e as entrevistas informais não serão apresentadas na discussão dos resultados, pois tiveram como objetivo apenas conhecer a organização e o perfil do grupo antes de iniciarem os encontros.

Foram realizados quatro encontros com enfermeiras do hospital, sendo que o grupo não incluiu técnicos de enfermagem. Todas as enfermeiras participantes tinham atividades de gestão e de cuidado, com maior ênfase ao

papel de gerenciamento das equipes. O grupo teve de 8 a 10 participantes por reunião, todos eram do sexo feminino, com idades entre 24 e 42 anos, representantes de todas as unidades do hospital. A discussão efetuada com o grupo foi gravada para possibilitar o acesso às formulações precisas dos participantes e garantir a fidedignidade dos dados. Após a transcrição das falas, as gravações foram destruídas. Cada encontro teve duração de 2 horas, aproximadamente, e uma periodicidade quinzenal.

Ao todo participaram da pesquisa 11 enfermeiras. Salienta-se que as participantes não foram sempre as mesmas devido a eventualidades que impediram a participação de algumas em todos os encontros. Isso não prejudicou a pesquisa, considerando que, para Dejours (1992), não há problema se os participantes se alternarem, pois o que está sendo estudado não é a história individual, mas sim a organização de trabalho e as relações entre sofrimento e possibilidades de reconhecimento e saúde no trabalho. A escuta do grupo esteve centrada nos comentários relacionados ao seu contexto de trabalho, seus conflitos e contradições, tomando a palavra como um ato no qual está representada a subjetividade do trabalhador, sua situação em relação ao trabalho e os impactos destas vivências nas demais áreas de sua vida, focando, principalmente, em suas vivências relativas ao ser enfermeiro, ao sofrimento no trabalho, ao reconhecimento de seu trabalho e às possibilidades de realização. Também foram abordadas as repercussões destas vivências em sua saúde. Refletiu-se, ainda, junto ao grupo pesquisado, a respeito da abertura ou não da organização para espaços de discussão e de visibilidade à contribuição do enfermeiro.

Fundamentada na metodologia acima descrita, os resultados são apresentados na forma de um relatório comentado que aborda a interpretação do pesquisador e a reflexão efetuada pelo grupo no decorrer da pesquisa, ilustrada pelas formulações das trabalhadoras. Suas falas serão apresentadas a seguir, através de citações diretas. A validação da pesquisa e sua interpretação aconteceram durante a própria pesquisa, junto ao grupo. Salienta-se que, a fim de preservar as identidades das participantes, foram utilizados nomes fictícios nos relatos, que são total e completamente diferentes dos verdadeiros.

Ressalta-se ainda que no primeiro encontro com o grupo foram explicitados os objetivos do trabalho, bem como os princípios norteadores da pesquisa, sendo reforçado o sigilo absoluto em relação às questões que seriam debatidas. Além disso, todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que consiste em declarar a ciência de sua participação na pesquisa e livre utilização das informações obtidas por parte dos pesquisadores.

Resultados e discussão

Os resultados a seguir refletem os conceitos centrais em Psicodinâmica do Trabalho: estratégias defensivas, psicodinâmica do reconhecimento e espaço de discussão.

Doação intensa ao trabalho – estratégia defensiva e sofrimento no contexto do trabalho imaterial da enfermagem

A partir da escuta coletiva, as enfermeiras participantes da pesquisa relataram seus sentimentos em relação ao trabalho, apontando a natureza deste e refletindo sobre suas vivências no exercício da profissão. Assim, a Clínica do Trabalho possibilitou o acesso ao invisível dessa atuação profissional a partir da palavra e da intersubjetividade.

Relacionando estas vivências às características inerentes ao trabalho imaterial na contemporaneidade, constatou-se que a enfermeira lida com afetos e interação humana conforme propõe Hardt e Negri (2001). Neste contexto, não há limites claros para o início e o fim das atividades, o que faz com que a atuação profissional ultrapasse o próprio papel profissional, levando, por vezes, à exaustão, conforme apontam as enfermeiras do grupo. Segundo elas, embora haja horários definidos para os turnos, há uma demanda implícita que lhes exige ir além de seus turnos, se for necessário, em benefício do paciente ou que, dentro de seu turno, atendam a todas as demandas que se apresentem. Porém, o imprevisível e o inusitado se impõem, impossibilitando a conclusão das tarefas pelas quais se sentem responsáveis mesmo fora do hospital. Além disso, apontam que não conseguem desligar-se de seu trabalho, pois, quando saem do hospital, continuam a preocupar-se com o que poderá acontecer com os pacientes e com sua equipe de trabalho em sua ausência.

Esta exaustão está atrelada à exigência de perfeição e pode-se considerar, através da observação clínica do grupo, que consiste em uma estratégia defensiva coletiva (DEJOURS, 2004b; GERNET, 2010). Conforme Gernet (2010), os trabalhadores constroem e mantêm coletivamente estratégias que visam à proteção contra os sofrimentos relativos aos constrangimentos de seu trabalho. Estas estratégias têm o intuito principal de possibilitar que continuem a trabalhar e suportem as contradições da organização. Dejours (2004b, p. 51) aponta que tais estratégias garantem que o trabalhador mantenha-se em um estado de normalidade que se dá como resultado de um “equilíbrio instável, fundamentalmente precário, entre o sofrimento e as defesas contra o sofrimento”. O autor adverte, porém, que, embora estas defesas sejam importantes na preservação da normalidade, elas pressupõem um equilíbrio, sob pena de impedir que o sofrimento no trabalho possa encontrar sentido.

Quando as enfermeiras afirmam que precisam exigir de si próprias o máximo e a perfeição, considerando que precisam saber dominar o conhecimento e responder a tudo, trazem à luz esta defesa: “A gente é um pouquinho de cada profissional (...); acaba indo além. É uma das profissões mais desgastantes que existe” (Nina). Outra participante complementa: “Temos que ser sempre perfeitas (...); temos que dar conta de tudo, afinal, somos enfermeiras” (Susi).

A análise crítica deste cenário permite o entendimento de que as enfermeiras se mantêm conectadas ao seu trabalho buscando, continuamente, um alto nível de desempenho para preservar um estado de adaptação às exigências de seu fazer. Entretanto, esta estratégia defensiva diante das contradições de seu trabalho acaba por constituir uma submissão às exigências contemporâneas de pressão, polivalência e elevada performance. Com isso, retoma-se a afirmação de Nardi (2003, p. 44) de que a partir “das reviravoltas do capitalismo emergiram dispositivos assujeitadores mais sutis e mais eficazes”. Nesta direção, Beck (2001) assevera que os trabalhadores da enfermagem têm uma intensa preocupação em cumprir as prescrições, o que os leva a desconsiderar suas necessidades individuais, ou seja, se é esperado que trabalhem sem cansaço, será feito tudo para que essa expectativa seja atendida, colocando a excelência do desempenho em primeiro lugar, acima dos limites de seu próprio corpo. Acrescenta-se a isso os problemas de tempo, a imprevisibilidade, a evolução de cada paciente, bem como a divisão técnica do trabalho da equipe de enfermagem, fatores que moldam um ambiente propício à pressão e à sobrecarga e que exige um senso de urgência, vigilância e disposição constante.

A fim de suportar esse cotidiano de trabalho, o profissional tende a anestesiar o próprio corpo, conforme verificado na pesquisa, sendo que esta atitude persiste mesmo após a jornada de trabalho, da qual tem muita dificuldade de desligar-se. Relatam, ainda, que se mantêm, por um longo tempo após o seu turno, em estado de alerta, sem conseguir desconectar-se de sua rotina laboral exaustiva: “Em casa é como se eu ainda estivesse no trabalho, não desligo [...] a exigência é a mesma [...] acabo esquecendo de mim” (Paola).

Nesta direção, constatou-se que este profissional tem um nível de responsabilidade que transcende as horas normais de trabalho e o faz assumir também as funções de outros profissionais, o que o induz a levar não necessariamente seu trabalho, mas suas preocupações, perdas e conflitos para sua casa, ou seja, o trabalho segue em seu íntimo para além do seu ambiente de trabalho.

Outro aspecto evidenciado é o desejo de dar conta de tudo, buscando ser polivalente e eficaz. A participante Beth ilustra essa afirmação: “Os outros funcionários não assumem dessa forma assim sem limites”. Susi acrescenta: “O enfermeiro se responsabiliza também pela postura dos demais profissionais [...]”.

Assim, infere-se que a questão afetiva que permeia o trabalho na enfermagem é repleta de contradições, pois a doação ilimitada do enfermeiro em prol do paciente pode trazer efeitos nocivos para sua própria saúde (TRAESEL; MERLO, 2010). Nesta direção, uma das contradições reside exatamente na dificuldade enfrentada por este profissional em conciliar, de um lado, a gestão, a burocracia, o número de procedimentos multiplicado pelo número de pacientes e, de outro, o contato mais demorado e a escuta das necessidades do paciente e de sua família. Isto os leva a um intenso conflito que se situa

entre o cumprimento das normas e a realização das tarefas e a difícil concretização da humanização do cuidado que exige tempo e investimento. Outra contradição está atrelada à tendência contemporânea das organizações hospitalares de colocarem, para os enfermeiros, obrigações administrativas, tarefas burocráticas e de gestão, sendo que estas levam, gradativamente, ao afastamento do paciente e à pressão na execução dos procedimentos a fim de cumpri-las dentro dos prazos exigidos.

Outrora, o enfermeiro já acumulava funções, entretanto, na contemporaneidade, agrega-se ao seu trabalho a pressão de metas cada vez mais acirradas em busca de competitividade, produtividade e excelência de resultados em um contexto no qual efetuar um bom procedimento não é o bastante. É preciso ir além, superar continuamente as expectativas. Aliam-se a isso os inúmeros controles e exigências instigados pelo primado da tecnologia aplicada à saúde, do rigor da técnica aliado à racionalização dos custos e do tempo de execução dos procedimentos, culminando com um desinvestimento nos aspectos humanos e afetivos que deveriam nutrir o exercício da profissão. Esta sobrecarga das demandas gerenciais contemporâneas tende à derrocada do prazer no trabalho da enfermagem atrelada à perda do sentido do sofrimento vivenciado neste cotidiano laboral.

Desta constatação, advém mais uma importante contradição, isto é, o reconhecimento do trabalho, segundo as participantes, advém dos pacientes. Assim, ao não poder dedicar-se a eles na intensidade que gostariam, sentem-se frustradas por não ter essa retribuição de se fazer, conforme será abordado no próximo tópico.

Pode-se citar ainda, brevemente, outras contradições constatadas no decorrer da pesquisa: exigência de extremo preparo técnico e pouco incentivo para o preparo emocional, ou seja, pouca atenção às necessidades afetivas e subjetivas deste profissional; realização de atividades de gestão, porém com pouca autonomia no gerenciamento aliada a sentimento de impotência para concretizar mudanças efetivas, bem como sentimento de injustiça na remuneração pelo cargo de gestor; precariedade de recursos e materiais diante de toda evolução tecnológica; políticas de humanização do atendimento em um cenário que prima por produção e desempenho; e, por fim, exigências crescentes e pouco investimento em qualificação do profissional.

Todas essas contradições, acima apontadas, constituem fontes de sofrimento e conflito no exercício da profissão que somente podem encontrar vias de superação e transformação em soluções criativas, através da escuta coletiva, abrindo espaços de saúde nas organizações hospitalares. Faz-se importante ressaltar que este consiste em um dos principais propósitos da metodologia da Psicodinâmica do Trabalho.

Uma reflexão a partir dos estudos sobre contemporaneidade e trabalho permite o entendimento de que estas contradições são apropriadas e alimentadas pelo atual

modo de acumulação de capital, que exige o máximo do profissional, obstrui os espaços de criação e neutraliza a potência dos coletivos. São formas de dominação da atualidade cujo palco é o mundo do trabalho.

De acordo com Merlo e Lapis (2005, p. 27), na atualidade, há uma tendência à precariedade nas relações profissionais. No toyotismo, atual modelo de organização social do trabalho, as formas de controle são, na verdade, autocontroles, ou seja:

a introjeção dos valores da empresa, o estímulo ao orgulho profissional, o controle 'corpo a corpo' e a emulação psicológica, a qual visa, antes de tudo, esconder a oposição de interesses [...] num clima de pseudoliberalidade de expressão.

Nesta direção, pode-se abordar o amor ao trabalho, característico da enfermagem, o qual, inserido no modo de produção toyotista, transforma-se em um autocontrole levando à intensificação do trabalho e, consequentemente, ao desgaste físico e psicológico, em especial nas profissões voltadas ao cuidado.

Molinier (2008) defende que a devoção ao trabalho estaria na origem do esgotamento e que o ato de cuidar preconiza condições organizacionais concretas. Esta devoção é abordada pelo grupo ao ser mencionado o amor ao trabalho como sendo fator muito importante para o bom exercício da profissão. Entretanto, este "amor" ou este "gostar muito de seu trabalho", capturado pela atual lógica do capital, parece fazer com que este trabalhador extrapole suas horas de trabalho e desrespeite os seus próprios limites em nome do amor pela profissão, conforme relata a enfermeira Beth: "Amo muito meu trabalho, muito mesmo, trabalho muito por amor ao que faço". E ainda: "Não mudaria de profissão [...]; trabalho muito mesmo e nem percebo. Não paro pra pensar [...], vou trabalhando muitas horas porque gosto".

Esta doação abnegada em nome do "amor pelo trabalho" é apontada por Gonzáles (2001) como relativa à história da profissão, que carrega marcas profundas de subalternidade. Este perfil de abnegação constituiria, então, na perspectiva da autora, um entrave para estas profissionais em mostrar o seu valor, lutar pelos seus direitos e mudar sua atitude em relação ao trabalho. Beck (2001) discute o mecanismo de defesa de submissão, reforçado por esse caráter de renúncia e submissão, afirmando que o problema não está no gostar da profissão ou no uso deste como mecanismo de defesa, mas no fato de que este tem sido, frequentemente, usado no sentido de evitar o enfrentamento dos problemas relativos à profissão. Assim, desprender-se deste perfil e do apego à "profissão-missão" propiciaria um caminho para desalienação rumo à conquista de direitos enquanto profissional. Entretanto, na atualidade, isto se torna cada vez mais difícil, sendo que esta característica da profissão tem assumido contornos cada vez mais acentuados, fazendo proliferar a insegurança aliada à redução dos postos de trabalho e à instabilidade no emprego.

Sennett (2004) aborda esta questão sob outra ótica, fazendo referência aos novos controles e seus efeitos. A visão deste autor permite compreender os motivos desta exigência de doação ilimitada. Ele afirma que, na realidade, a ordem atual impõe novos controles ao invés de apenas eliminar as regras antigas. Além disso, esses novos controles são de difícil compreensão. Nesta mesma direção, Hardt e Negri (2001, p. 78) assentam que o controle é, assim, uma intensificação e uma generalização da disciplina, em que as fronteiras das instituições foram ultrapassadas, tornadas permeáveis, de forma que não há mais distinção entre o fora e o dentro.

Lazzaratto e Negri (2001) colocam que o capitalismo contemporâneo não apenas organiza o tempo de trabalho, mas também acaba tomando espaço no tempo de vida. Esta afirmação é ilustrada pela fala de uma participante do grupo, que, por vezes, precisa alterar a sua rotina familiar em função do trabalho: "Quando chego em casa, é hora de dormir [...], mas, aí, a gente não quer deixar o filho com a babá, que já ficou tantas horas sem a gente" (Vivian).

Relacionada a esta estratégia de trabalhar incessantemente para lidar com o real deste trabalho, verificou-se, ainda, a necessidade de aproveitar ao máximo o tempo e o sentimento de emergência contínua em relação ele mesmo, conforme relato: "Não quero, não posso perder tempo [...]; ir ao banheiro pode ser perda de tempo; parar pra conversar, não dá; lanche é rapidinho. Já me acostumei. Só me preocupo se paro para pensar" (Renata).

Esta vivência relatada evidencia a demanda contemporânea de pressa e superficialidade, sendo que, atualmente, parar para pensar, conversar e cuidar de si é visto como perda de tempo. É o ônus de viver nesta sociedade que Sennett (2004) denomina sociedade impaciente, a qual se concentra no imediato, vivido de forma imperceptível, silenciosa e intensa nesta profissão, levando à perda da noção daquilo que tem valor duradouro, como, por exemplo, a família, a interlocução e o cuidado de si.

Associado a isso, as participantes relataram ansiedade e desejo de atender a tudo e a todos e afirmaram que vivem um constante conflito, pois constatam, cotidianamente, que isto é impossível: "O fato é que a gente quer a perfeição, quer ver a unidade funcionar [...], mas mesmo com tanto trabalho, a gente não consegue agradar a todos" (Zilá). Outra participante complementa: "Não aguento mais, mas é assim mesmo [...]. Não sei se estou feliz, se estou triste, só sei que eu trabalho muito mesmo, até doente [...] a gente esquece da gente mesmo" (Suelen).

A doação enquanto defesa remete a uma intensa angústia e frustração, pois as participantes deram-se conta de que, por mais que deem o melhor de si, ficam com a sensação de que o trabalho poderia ter sido melhor, de que sua doação nunca é o suficiente, de que faltou algo. Sendo assim, muitos profissionais enfermeiros têm incerteza e insegurança quanto aos resultados de seu trabalho e responsabilizam-se pelos

fracassos, como afirma Sandra, uma das participantes da pesquisa: “Tudo acaba sendo problema meu, me sinto responsável pelo que fazemos e também pelo que deixamos de fazer”.

Esta defesa culmina com a anulação de si mesmo e redundante em uma sobrecarga imensa sem significação, pois não há espaço para a reflexão sobre o trabalho ou para a perlaboração do sofrimento, o que leva ao trabalho vazio, ao limite das forças, quando as suas defesas fracassam, e ao adoecimento físico e psíquico. Neste sentido, Martins (2010), considera que, embora as estratégias coletivas consistam em um poderoso instrumento na luta contra o sofrimento vivenciado no trabalho, acabam atuando como uma “armadilha psicológica”, pois nutrem a aceitação das contradições e dos constrangimentos da organização de trabalho, reforçando a submissão e a alienação, o que culmina em grandes prejuízos para a saúde do trabalhador.

A doação infinita da enfermeira acaba, assim, por constituir uma barreira ao enfrentamento das contradições do trabalho, limitando de forma significativa a transformação do sofrimento em prazer, pois reduz os espaços de convivência, comunicação e visibilidade diante da imersão contínua no fazer.

A partir de suas pesquisas em Psicodinâmica do Trabalho, Gernet (2010) adverte que a falta de comunicação e convivência, ou seja, o silêncio no local de trabalho, frequentemente, está relacionado com o fracasso da dinâmica do reconhecimento. Como se pode observar na seguinte passagem: “Quando a inteligência do corpo sofre um impasse, quando ocorre uma deserção do convívio, permanece apenas o sofrimento” (GERNET, 2010, p. 73).

Esta dinâmica no contexto pesquisado será abordada a seguir.

A psicodinâmica do reconhecimento na enfermagem

Com relação a este tema, Dejours (2004b, p. 62) afirma que “a dinâmica do reconhecimento para com as contribuições da organização do trabalho empenha de fato a problemática da saúde mental”. Ou seja, é através do reconhecimento que o trabalhador pode transformar o sofrimento vivenciado em prazer e realização.

Gernet (2010, p. 73) acrescenta que a identidade é “a armadura da saúde mental”, estando sempre em construção, não podendo ser alcançada solitariamente e necessitando do olhar do outro. Assim, o trabalho torna-se o mediador insubstituível no processo de ampliação e estabilização da identidade que ocorre através do reconhecimento da importância do fazer.

Entretanto, a análise clínica das vivências relatadas pelo grupo de enfermeiras, no decorrer da pesquisa, revela que a dinâmica do reconhecimento encontra-se obstruída diante da exigência contínua de um bom desempenho profissional, pois esta é considerada parte do ofício e da missão da enfermeira, não lhe garantindo

o reconhecimento de sua contribuição. Podemos observar essa ideia na fala de Suelen: “Bom desempenho na nossa profissão é obrigação, é básico [...], então, não há reconhecimento”. Percebe-se que os espaços de visibilidade, comunicação e cooperação encontram-se bloqueados, limitando as formas de expressão do sofrimento e de sua transformação em prazer e realização.

A análise das formas de reconhecimento revelou que, para as enfermeiras participantes, o principal reconhecimento advém do paciente, sendo a modalidade considerada mais importante. Com relação ao reconhecimento, para a enfermeira Lisa:

É difícil receber de chefia, até vem, mas é mais difícil. Eu sinto reconhecimento do paciente. Quando a gente tá fazendo uma coisa e o paciente agradece. Esse é o maior reconhecimento.

Outra participante acrescenta: “É isso que dá maior satisfação pra gente. A gente nota o grau de carinho que eles têm pela gente, com a forma que a gente trata o paciente” (Brenda). Zilá também contribui com a fala: “O reconhecimento vem mesmo do paciente. O seu sorriso, uma palavra quando a gente dá atenção. O principal reconhecimento é o paciente, o que ele fala do teu trabalho”.

Todas as participantes do grupo relataram vivências deste tipo de reconhecimento em seu cotidiano de trabalho. Entretanto, o fato de apontarem que esta é a principal fonte de reconhecimento leva à constatação de que, quando este reconhecimento não ocorre, o seu trabalho perde sua razão de ser. Demonstra, ainda, o quanto as relações afetivas e os resultados intangíveis próprios das tarefas imateriais fundamentam o reconhecimento deste trabalho e, portanto, seu sentido.

Nesta perspectiva de análise, considera-se importante apontar que as falas das participantes evidenciaram uma contradição, conforme já referido. Isto é, elas relataram que o reconhecimento do paciente é o principal e este advém do cuidado e da atenção dispensados a ele, porém, concomitantemente, expõem que é muito difícil manter esta atenção, pois outras responsabilidades as absorvem significativamente, distanciando-as do paciente. A enfermeira Sandra afirma que:

A enfermagem tem muitas obrigações, muita burocracia, muita responsabilidade, mas a gente não pode deixar de lado o paciente, a humanização. Às vezes, é difícil conciliar tudo.

Outra participante complementa:

É muita burocracia, responsabilidade [...], que a gente acaba deixando, com a rotina, esse lado de pensar mais no paciente. Poderia falar ‘agora vou puncionar sua veia’ e ficar conversando um pouquinho, mas não dá tempo [...] acaba fazendo muita coisa. (Nina)

Além disso, essa participante complementa sua fala, como se vê a seguir, exemplificando o que pode ser feito para estabelecer uma boa relação com o paciente:

Não precisa realizar técnica nenhuma [...], por exemplo, é só visitar os pacientes pra avaliação e conver-

sar, que o paciente e a família já te agradecem. E tu te sente feliz [...], mas nem sempre dá para fazer isso, daí a gente fica sem esse retorno. (Nina)

A importância concedida a esta fonte de reconhecimento aponta para o conflito entre atender às exigências da contemporaneidade, potencializando o tempo de trabalho e atendendo a muitos superficialmente, ou prestar cuidados sem pressa, dar atenção e dedicar-se aos relacionamentos que alimentam o sentido de seu trabalho. Faz-se importante evidenciar que, de acordo com os comentários do grupo, se aquelas enfermeiras pudessem escolher entre suas responsabilidades, escolheriam o cuidado ao paciente e dispensariam mais tempo para interação e diálogo com ele, pois se prepararam para tal e escolheram essa profissão por conta disso. Entretanto, sentem-se presas a tarefas administrativas, burocráticas e ao excesso de demandas.

Pode-se interpretar também que este prazer no cuidado com o paciente, relatado como fundamental, relaciona-se significativamente ao fato de que é deste cuidado que advém a valorização de seu trabalho, ratificando a tese da Psicodinâmica do Trabalho, no que se refere à centralidade do reconhecimento na transformação do sofrimento vivenciado no meio profissional. Em contrapartida, a dificuldade em realizar este cuidado, em função das inúmeras responsabilidades elencadas pelo grupo, e, portanto, não receber o retorno esperado, pode constituir uma importante fonte de sofrimento e adoecimento nesta profissão.

Quanto ao reconhecimento de utilidade que, segundo Dejours (1999, 2004b), refere-se ao retorno dos superiores sobre a importância do trabalho, foi apontado que ele ocorre muito raramente. O que vivenciam é a cobrança por resultados e severas críticas aos erros, como se o bom desempenho fosse mesmo apenas uma mera obrigação.

O reconhecimento dos pares, denominado por Dejours (1999, 2004b) como reconhecimento de estética ou julgamento da beleza do trabalho, não foi abordado pelo grupo. As participantes apontaram que em seu cotidiano de trabalho não há muito tempo para contato, sendo que cada uma cuida de uma unidade e dedica-se integralmente a esta tarefa. Quando é possível, e em situações muito extremas, desabafam com alguma colega mais próxima sobre suas dificuldades, sendo que a cooperação é voltada à técnica e aos procedimentos.

Sob essa ótica, é importante considerar que, tal como propõe Dejours (2004e), a cooperação não pode ser prescrita, bem como as condições éticas das relações de trabalho não residem na técnica, mas sim na prática. Ao mencionarem que não há tempo para a comunicação entre os pares, as participantes ressaltam que encaram isto com naturalidade, não considerando como um problema, mas sim como mais uma especificidade de sua profissão, deixando transparecer que o individualismo supera o desejo de solidariedade e cooperação, apontando para o que Sant'Anna (2001) deno-

mina como indivíduo soberano, proprietário de si, que busca incessantemente atender ao imperativo contemporâneo de dar conta de si mesmo.

Esta tentativa de cumprir a demanda de dar conta de si mesmo é revelada no grupo e pode ser ilustrada pelo seguinte relato: "A gente tem que reconhecer a si mesmo" (Vivian). Todas as enfermeiras concordaram com a participante, desnudando mais uma defesa que as leva ao isolamento e ao vazio do si mesmo. Esta busca pelo reconhecimento de si, presente nas falas, certamente não deixa impune a saúde destas trabalhadoras, pois, segundo Dejours (1999, 2004b) e Gernet (2010), o reconhecimento enquanto construtor da identidade e mediador da saúde e da realização somente pode ser concedido pelo outro que confere valor ao fazer e à contribuição à organização de trabalho.

Esta tentativa de reconhecer a si mesmo remete, ainda, à reflexão sobre a solidão e o individualismo contemporâneo (DEJOURS, 1992, 2004d; NARDI, 2003). Dejours (2004d) associa este cenário às patologias da solidão consequentes da erosão da solidariedade e do rompimento do tecido social no trabalho.

A análise deste contexto permite a constatação de que a rotinização e a robotização associadas aos horários, aos ritmos e aos turnos de trabalho, bem como a fragmentação e a divisão do trabalho da enfermagem, a invisibilidade e a imaterialidade das contribuições e o enfraquecimento dos laços sociais não tornam este ambiente propício à expressão do reconhecimento, deixando estas trabalhadoras expostas a agravos à sua saúde.

A clínica do trabalho: espaço de discussão e possibilidades de emancipação do sujeito através da escuta coletiva

Conforme exposto, constata-se que a demanda na enfermagem é grande e diversificada, o que exige também capacidade de adaptação e senso de urgência e vigilância constantes. Aliado a isso, há a multiplicidade de corpos, cada um com a sua própria demanda, sendo altamente complexo lidar com essas variáveis, pois não se trata apenas de aplicar técnicas, mas sim de acompanhar o cuidado prestado ao paciente e sua evolução, que não é apenas física, mas também emocional e afetiva. Ao encontro disso, está o posicionamento de uma participante da pesquisa: "a gente nunca sabe o que vai acontecer. Certeza a gente nunca tem, então tem que estar sempre vigilante, alerta" (Beth).

Verifica-se, dessa forma, que o trabalhador da enfermagem precisa usar sua capacidade de empatia e sua sensibilidade. No entanto, ao mesmo tempo, manter o distanciamento necessário para que o espelhamento, ou seja, a identificação e o envolvimento com o paciente, conforme apontado por Beck (2001), não impeça o seu raciocínio sobre as estratégias adequadas a cada situação.

Este conflito gera um paradoxo advindo de um circuito afetivo difícil de ser vivenciado. Acrescenta-se a isto a constatação diária das limitações da técnica, que se

confundem com as suas próprias, principalmente quando há experiências envolvendo mortes que, no entender das profissionais, conforme verbalizado por Suelen, com o apoio do grupo, não deveriam ocorrer: “Será que tinha que ser assim? Às vezes, a gente não sabe o que fazer, mas sente que podia ter sido diferente”.

Entretanto, conforme relatam as participantes da pesquisa, não há tempo para parar e avaliar o que aconteceu ou questionar. Além disso, expressam que, no seu entendimento, devem encarar a morte como normal em seu trabalho, sem expressar emoção ou pesar, embora seja evidente que a palavra emoção é constante nos discursos e que não é possível estar imunizado eficazmente, como desejariam, contra o sofrimento do outro e os seus pedidos de socorro. Em relação a isso, Pitta (1994) aponta que é próprio da atualidade esconder-se da morte, da dor e do sofrimento, bem como a concepção de que tudo deve voltar a ser produtivo o mais rápido possível.

Segundo Dejours (2001), este sistema que exige produtividade a qualquer custo produz e agrava as desigualdades e consegue fazer com que estas injustiças pareçam boas e justas. A novidade na contemporaneidade estaria, então, na banalização das adversidades, alimentando a trama da ordem econômica e social. Entretanto, Dejours (2004b) defende que, através da criação de espaços de discussão, mobiliza-se a coragem de se arriscar e cria-se um ambiente propício ao confronto com o real, tornando-se visíveis aspectos do trabalho, até então ignorados, e construindo formas coletivas de resolução.

A aplicação da Clínica do Trabalho no contexto da pesquisa evidenciou esta potência do espaço de discussão, pois possibilitou uma reflexão sobre o sofrimento, o prazer e as contradições da profissão, levando a um enfrentamento da realidade e permitindo sua resignificação. A partir da escuta coletiva, as participantes começaram a refletir sobre sua prática e sobre suas demandas, descobrindo outras possibilidades de trabalho e caminhando de uma posição de submissão para uma mais saudável no exercício de suas funções, abrindo espaço para a criação e para a transformação.

Sobre a elevada demanda, as enfermeiras deram-se conta de que grande parte das exigências decorre do próprio profissional e, ao refletirem sobre a sobrecarga de tarefas, relataram que essa situação poderia ser diferente se elas próprias respeitassem mais os seus limites. Assim, pode-se considerar que, mesmo diante de todas as exigências impostas a este profissional, no contexto da lógica capitalista, há um espaço de transformação mediado pela palavra e pela ação coletiva. Porém, é muito difícil colocar isso em prática, conforme aborda Brenda em relação a essas exigências: “Só que não sei se nós não somos culpadas. A gente talvez permit[a] que isso aconteça”. Ainda acrescenta: “A gente está tão acostumada que acaba fazendo tudo. Às vezes é falta de confiança em deixar para o outro fazer [...]; é que se tu não faz, parece que é má vontade”. Constata-se, a partir desse relato, que a transformação desta organização não pode basear-

-se em iniciativas isoladas que levem apenas a auto-culpabilização e ao sentimento de impotência, mas, sim, precisa estar alicerçada na reflexão e na ação do coletivo de enfermeiras em busca de estratégias mais saudáveis e de soluções criativas que rompam com o modelo vigente.

Acredita-se assim que, apesar dos limites impostos pela lógica do capitalismo flexível que atravessa o cotidiano do enfermeiro no hospital, há brechas para um exercício profissional que corte laços perversos de submissão, acomodação e banalização das injustiças, pois, segundo Dejours (2004b), a relação do trabalhador com a organização é dinâmica e, portanto, passível de transformação e superação. Ou seja, a partir da reflexão, os sujeitos tornam-se capazes de se reapropriar da realidade de seu trabalho, o que possibilita “a mobilização necessária para impulsionar mudanças que tornem o trabalho menos penoso e mais saudável” (LANCMAN; SZNELWAR, 2004, p. 33).

Faz-se importante salientar, ainda, que a Psicodinâmica do Trabalho se opõe a visões deterministas que colocam os trabalhadores no lugar de meros observadores passivos e impotentes de um mundo perverso, reduzindo-os a sujeitos passivos e sem opção. Assim, considera que, a partir da criação de um espaço público, de discussão, tal como o proposto na presente pesquisa, pode-se impulsionar uma maior democracia das relações de trabalho e vislumbrar, mesmo diante do atual cenário econômico, organizações mais propícias à saúde e à realização: “Os trabalhadores são capazes de se proteger, de encontrar uma saída, possuem uma capacidade de emancipação, de reapropriação, de transformação e reconstrução da realidade” (LANCMAN; SZNELWAR, 2004, p. 34).

Em concordância, Dejours (2004d) afirma que as novas formas de gestão, de organização do trabalho e de organização geram tragédias e doenças, levando até mesmo à morte. Entretanto, existem organizações que podem ser favoráveis à saúde mental, ou seja, é possível, pela mediação da palavra, construir compromissos a serem conquistados entre trabalho e saúde. Desta forma, assim como o trabalho pode gerar o pior tanto em termos de saúde individual, como na perspectiva política, pode também proporcionar o melhor, constituindo um importante mediador da emancipação e não apenas da alienação. Contudo, para isso, é preciso que sejam abertos, nas organizações, espaços para “viver junto”, para a reconstrução da solidariedade e do coletivo de trabalho, para pensar e discutir a ação.

A pesquisa confirmou estes pressupostos, tendo em vista ter sido possível constatar que, ao longo das discussões, as participantes foram fazendo novas descobertas, tornando visíveis aspectos até então ocultos e mudando sua postura diante do real e dos constrangimentos de seu trabalho.

Uma importante constatação do grupo, construída na escuta coletiva, ocorreu quando a pesquisadora propôs a reflexão sobre o reconhecimento de si mesmo. Este momento foi marcante para o grupo, que percebeu

a importância do apoio, da deliberação coletiva e da comunicação autêntica entre os pares. Desde então, houve momentos significativos de reconhecimento mútuo, citando eventos e fatos sobre contribuições de suas colegas que, embora estivessem registrados na memória, nunca haviam sido verbalizados.

Este movimento do grupo rumo às relações de trabalho mais saudáveis denota a importância dos espaços de discussão, através dos quais se abre uma senda para o reconhecimento de um fazer que constitui importante elo de ligação entre os pares e que confere sentido ao trabalho, bem como um suporte na elaboração e no enfrentamento, possibilitando a ressignificação de frustrações e perdas inerentes à profissão.

Segundo Dejours (2004d), toda a organização é desestabilizadora da saúde. Ou seja, não há organização de trabalho sem sofrimento. Entretanto, há organizações mais favoráveis à negociação desse sofrimento.

Analisando a organização na qual esta pesquisa foi realizada, pode-se inferir que parece não favorecer a superação do sofrimento, tendo em vista a rigidez das regras e das prescrições, o nível de exigência e a intensidade do trabalho. O espaço público proporcionado pela pesquisa possibilitou que o grupo deixasse circular, através da palavra, seu sofrimento em relação aos limites impostos pela rotina, o que permitiu uma postura crítica diante disso e a liberação do desejo de mudar o que é possível. As profissionais perceberam o quanto esta ação é desafiante para quem, geralmente, submetem-se a rotinas e regras preestabelecidas. Pode-se identificar essa perspectiva através da fala de Lisa: “Ser radical com as regras é mais cômodo, mudar exige apoio, tu te envolver, é mais difícil”.

Este relato mostra a acomodação como uma defesa difícil de ser desmobilizada em direção à realização do desejo de flexibilizar as regras e exercer sua criatividade, engenhosidade e inteligência prática. Contudo, a esse respeito, Dejours (2004b) coloca que, ao deslocar os limites do real, correndo riscos em relação aos regulamentos prescritos pela organização de trabalho, pela mobilização da inteligência, o trabalhador pode conquistar o prazer e a saúde através de seu trabalho.

Apoiadas umas pelas outras no processo de intercompreensão propiciado pela discussão, as participantes decidiram que poderiam correr alguns riscos, quebrar as barreiras da organização prescrita e flexibilizar as regras em favor do paciente. Em concordância, Brenda afirma: “Acho que todos podem ter flexibilidade. Cada caso é um caso”. Além disso, para ilustrar aquilo que defende, Brenda cita uma das regras, afirmando que a prescrição pode ser tangenciada:

Diz que o banho tem que ser de manhã, só que [...] isso nem sempre é bom [...] às vezes o paciente passou a noite em claro e precisou tomar remédio pra conseguir dormir às 4 horas da manhã. Como é que vai tomar banho?

A análise destas constatações ratifica a posição de Dejours (2004b) de que a organização é dinâmica e seu

movimento e sua evolução podem ser impulsionados pela escuta coletiva.

A interpretação dos comentários do grupo revelou, assim, que, através do espaço de discussão, pode ser deflagrado um movimento de transformação, potencializado pela circulação da palavra, possibilitando a retomada da posição de sujeito em busca de soluções criativas diante das contradições da organização de trabalho. Este movimento pode possibilitar uma ação rumo à desrotinização, à flexibilização das regras e ao trabalho real, pois, conforme relato de uma das enfermeiras “a rotina desumaniza” (Zilá).

A reflexão com o grupo possibilitou, ainda, um olhar atento à saúde destas cuidadoras. As participantes constataram, ao longo das discussões, que as especificidades dessa profissão são desfavoráveis à sua saúde, assim como afirma Beth: “A gente nunca se atrasa, não se permite nem ficar doente, de atestado”. Vivian complementa a fala da colega declarando que:

A responsabilidade em avaliar o paciente pra repassar ao médico é muito grande. Precisa ligar pro médico, não precisa? Os demais da equipe não dominam isso. A gente vai levando, não para pra pensar, mas é muito difícil a nossa profissão.

As participantes relatam também que não cuidam de sua saúde, dando visibilidade a mais uma estratégia de defesa que é a negação do próprio corpo, de suas dores e seus limites. Apontam que descuidam de sua saúde e deixam seu corpo chegar ao limite para então reconhecer que precisam de ajuda e de cuidados. Paola afirma que: “É como se fosse dada uma ordem pro corpo: ‘tu não pode sentir, vai aguentando’ [...]. Eu precisei ficar muito doente pra entender que como tu vai cuidar de uma pessoa se tu não tá bem?”. A mesma participante ainda acrescenta: “A gente não fala e ninguém sabe, só percebe quando já estourou, porque acham que a gente é forte e dá conta”.

Outra enfermeira questiona-se, após os relatos das colegas: “Será que eu também vou chegar no limite? Acho que comigo não vai acontecer [...] ou será que vai? Agora estou ouvindo e me assustando” (Lisa). E na riqueza da interlocução, uma participante responde ao questionamento da colega: “É! A gente acha que não vai chegar pra gente esse dia de explodir tudo e ser difícil se recuperar. Tu vai esperar chegar?” (Sandra). Por fim, o grupo constata: “Vai chegando um ponto em que a corda arrebenta, não dá pra continuar negando isso” (Susi). E ainda: “A enfermeira é uma pessoa igual a outra, fica doente, fica cansada” (Zilá).

A tentativa de anestesiá-lo seu corpo pode constituir outra importante estratégia de defesa que possibilita lidar com a dor e a morte do paciente e com os rigores da profissão, entretanto, pode trazer danos graves à saúde desta trabalhadora. Considera-se importante relatar que as interpretações da pesquisadora, perguntando se tem que ser assim, produziram efeitos no grupo: “Não. A gente não tem que ser forte o tempo todo [...] É a emoção que dá sentido” (Nina).

As participantes constataram também, através das discussões, que existem ações que podem mudar a realidade e que não são, necessariamente, vítimas das situações vivenciadas. Ou seja, perceberam que podem enfrentá-las e transformá-las, como se pode constatar a partir da fala de Renata: “Realmente não tem que ser assim, a gente talvez permita que isso aconteça [...]. Acaba fazendo tudo; aceitando tudo, não coloca limite” (Renata). A participante acrescenta com apoio verbal das colegas: “A gente vai levando mesmo, mas parando pra pensar não precisa ser assim tão sofrido”. Faz-se interessante salientar que as participantes abordam o “parar para pensar”, ou seja, demonstram compreender a importância da reflexão coletiva propiciada com o espaço de discussão e as descobertas dele provenientes.

Dejours (1999, p. 176) descreve esta possibilidade de retomada da posição de sujeito, autor de sua história no trabalho, a partir da escuta coletiva, onde pode ocorrer na intersubjetividade o “milagre da palavra”. Através dele, são revelados fatos ou raciocínios que o sujeito “sabia sem saber” e que são extremamente importantes como geradores de saúde e realização.

Pode-se considerar, dessa forma, que espaços abertos de discussão e circulação da palavra (DEJOURS, 2004b), tal como o que foi possibilitado no decorrer da pesquisa, podem liberar o potencial criativo destas profissionais, mobilizando estratégias concretas de mudança e enfrentamento propícias ao reconhecimento da contribuição efetiva deste trabalhador junto ao paciente e à organização, conforme relato: “Precisamos ser escutados, ser cuidados [...] se cuidar para poder cuidar” (Zilá). Esta fala anuncia uma importante demanda de escuta e o desejo de transformar o sofrimento vivenciado, fundando novas possibilidades de vida e saúde no exercício da enfermagem.

Fica evidente, assim, a necessidade de continuar esse processo que foi apenas iniciado através da pesquisa, ampliando os espaços de comunicação na organização hospitalar, o qual oportuniza aos cuidadores um ambiente singular de convivência, manifestação de seu desejo, expressão de suas ideias, exercício de sua inteligência e criatividade. Enfim, ele oportuniza reconhecimento de seu fazer, tornando visível sua contribuição à organização e reconstruindo o sentido deste trabalho.

Considerações finais

A análise crítica do trabalho imaterial no contexto dos trabalhadores da enfermagem tornou visíveis as formas de dominação da sociedade de acumulação flexível que perpassa este contexto com profundas repercussões sobre as relações de trabalho, deflagrando novos assujeitamentos e novas formas de controle, com seus impactos diretamente sobre a saúde destes trabalhadores.

No que se refere à natureza do trabalho imaterial neste campo de atuação, foi possível perceber que a enfermagem apresenta demandas próprias da contempo-

raneidade, intensificadas pelo capitalismo em sua forma atual, principalmente no que se refere às relações afetivas permeadas por exigências de tempo integral e polivalência, o que leva a demandas opostas, ou seja, dedicar-se aos vínculos, mas, concomitantemente, agir com rapidez para manter-se produtivo e apto para gerar lucro em um contexto de acirrada competitividade.

Assim, há uma exigência de aproximação, interação, humanização e, contraditoriamente, um imperativo de distanciamento associado ao ter que dar conta de tudo e não demonstrar seus sentimentos ou falar sobre eles, demandando ainda entrega de “corpo e alma” deste trabalhador ao seu ofício, não para ser reconhecido e caminhar em busca de sua realização e emancipação, mas para manter o círculo de produção e consumo no qual criar, conviver e dialogar são considerados supérfluos e, portanto, perda de tempo.

Outro aspecto importante a ser salientado é quanto à exigência de ter que dar conta do trabalho, de ter que ser forte e de que é proibido adoecer ou se emocionar. Isso constitui fonte de sofrimento para estas trabalhadoras e impede a elaboração das vivências dolorosas da profissão, bem como o encontro com o sentido deste trabalho.

Aliadas a isso, existem outras fontes de sofrimento, sendo que serão retomadas as principais fontes identificadas: os ritmos e os horários de trabalho; as duplas ou triplas jornadas também relacionadas às questões de gênero; a convivência cotidiana com a dor e a morte, associada ao sentimento de culpa relatado quando um paciente morre, pois sentem que algo mais poderia ter sido feito ou de que erraram em alguma coisa; as urgências e emergências, gerando a pressão do tempo; a imprevisibilidade de cada turno, exigindo constante vigilância e adaptação às variações do estado dos pacientes; os diferentes corpos e doenças e seus diferentes pedidos de socorro; o sentimento de despreparo para gerenciar seus subordinados; e, ainda, o sentimento de desvalor. A estas fontes, acrescentam-se imperativos contemporâneos que atravessam a profissão e que intensificam as vivências de sofrimento e dificultam sua transposição. Dentre estes, podemos citar o individualismo e a restrição dos espaços de convivência; o pouco espaço para o reconhecimento do trabalho do enfermeiro associado à tendência crescente de afastamento do cuidado direto do paciente e de sua família; a redução dos postos de trabalho exigindo polivalência, rodízio de funções e elevado ritmo de trabalho. Pode-se citar, ainda, a insegurança aliada à instabilidade crescente no cenário econômico; o aumento das demandas para um número reduzido de trabalhadores; o pouco espaço e tempo para construção de relações de trabalho alicerçadas na cooperação e na solidariedade; a proliferação de doenças; o avanço tecnológico exigindo novas competências e habilidades; e a desumanização dos sistemas de gestão baseados em metas e controles rigorosos.

Este cenário aponta para a doença profissional, pois, uma vez não enfrentados, estes fatores tornam-se insuportáveis, podendo levar à morbidade, conforme

relatado pelas participantes ao falarem acerca de sua saúde e do desrespeito aos seus limites. Estes problemas físicos e psíquicos são mantidos em silêncio ou invisíveis mesmo para o profissional, que não ouve os apelos de seu próprio corpo, considerando que a ordem institucional, alimentada pelos próprios profissionais, é de manter-se dentro de uma suposta normalidade e produtividade.

Salienta-se que, certamente, há um potencial imenso de realização para os enfermeiros, entretanto, considera-se fundamental falar do sofrimento e da dor para que este seja ressignificado, desnaturalizado e não mais reprimido. Além disso, considera-se muito importante a construção de uma identidade profissional fundamentada na valorização do papel de cuidador, rumo ao reconhecimento de um conjunto de teorias e técnicas, ou seja, de um saber constituído cientificamente em relação ao cuidar, como parte essencial, e não acessória ao tratamento.

Pode-se considerar, assim, que as estratégias subversivas construídas no espaço que se abre para além do discurso hegemônico dos poderes instituídos na organização hospitalar e na superação das regras da organização prescrita possibilitam o acesso ao reconhecimento de uma prática que, no decorrer de sua história, foi construída à sombra.

Acredita-se que, através do rompimento de preconceitos e da desvinculação do paradigma dominante, pode ser possível ao enfermeiro alcançar visibilidade, legitimando seu saber, centralizado no cuidar e no cuidado, e buscando o reconhecimento científico de sua importância e complexidade como ação complementar e não auxiliar ao tratamento. Assim, rompe com a resignação diante do sofrimento e o transforma em sofrimento criativo e saudável ou, ainda, em fonte impulsionadora de novas relações de trabalho. Não se pretende com isso desconsiderar a importância do amor à profissão, que pode ser altamente saudável, desde que não leve à submissão e à alienação que culminam com o adoecimento.

Outrossim, a discussão de ideias e o compartilhamento de vivências, tanto frustrantes, quanto vitoriosas, pode levar ao encontro de saídas e soluções rumo ao alcance dos objetivos da organização hospitalar e da emancipação profissional, tornando visível a contribuição deste trabalhador através da expressão de sua criatividade e inteligência associada à experiência prática, que atuam como impulsionadores do reconhecimento – essencial à preservação da saúde e/ou à superação da doença.

Vale retomar, aqui, a afirmação de Dejours (2004b, p. 58) no que tange ao homem e à organização de trabalho:

A relação entre a organização de trabalho e o homem não é um bloco rígido, está em contínuo movimento [...] a estabilidade aparente desta relação está assentada em um equilíbrio livre e aberto à evolução e às transformações, um equilíbrio dinâmico, em contínuo deslocamento.

É preciso, assim, despertar as organizações para a importância desta relação. Nesta direção, a comunicação e a cooperação não somente técnica, conforme propõe Dejours (2004b), podem propiciar a compreensão da possibilidade de um exercício profissional que permita criar, a partir do sofrimento compartilhado, uma nova atmosfera no ambiente de trabalho. Esta será capaz de ressignificar a existência profissional para a busca de novas atitudes e relações de trabalho.

Por fim, acreditamos que uma das principais contribuições desta pesquisa foi demonstrar, através de seus resultados, a importância dos espaços de discussão como mobilizadores e potencializadores de saúde nas organizações. Isto é, estes espaços podem possibilitar ao profissional o encontro com o sentido de seu trabalho através da elaboração de seus sentimentos e emoções, do fortalecimento do sentimento de equipe e dos laços de solidariedade necessários à quebra da aridez do individualismo, considerando que, para Dejours (2004d), ao contrário do que é propagado pelo capitalismo contemporâneo, o individualismo constitui uma derrota e não um ideal.

Este trabalhador necessita falar, ouvir e ser ouvido, assumindo, enfrentando e desnaturalizando seu sofrimento e buscando um sentido para ele, bem como mobilizando novas estratégias de defesa – que no contexto estudado, embora apareçam no coletivo, são criadas e vividas individualmente – que promovam formas mais saudáveis de adaptação e/ou de superação. Considera-se que a escuta do grupo através da metodologia da Psicodinâmica do Trabalho, embora tenha ocorrido em um período relativamente curto, cumpriu com os propósitos de uma pesquisa-ação, intervindo neste contexto e promovendo formas mais saudáveis de trabalho. Este espaço deveria ser mantido e ampliado nas organizações hospitalares, dada sua importância no bem-estar deste trabalhador, conforme fica evidenciado no relato que segue: “Eu ainda não me cuido, mas depois de ouvir as colegas algo mudou dentro de mim e eu vou mudar minha vida, não vou deixar chegar no limite [...]” (Lisa).

Conforme Merlo e Mendes (2009), a mobilização do fazer em busca de transformação deflagra uma mobilização que é também sociopolítica. Os autores concluem, assim, que essa metodologia “revela-se um instrumento para intervenção, prevenção e transformação de processos de trabalho agressivos à saúde psíquica” (MERLO; MENDES, 2009, p. 152). Sendo assim, considera-se que se deve buscar ampliar continuamente estes espaços de circulação da palavra, acreditando ser possível romper com a desumanização das relações de trabalho, apostando no ser humano que trabalha, pois: “o trabalho é, por definição, humano, uma vez que é mobilizado ali onde a ordem tecnológica e maquinal é insuficiente” (DEJOURS, 2004b, p. 62). Tal afirmação torna-se extremamente significativa no contexto de trabalho imaterial estudado, no qual o ser humano é o centro da atividade.

Contribuições de autoria

Os dois autores tiveram contribuição substancial no projeto e no delineamento da pesquisa, no levantamento de dados e na análise e interpretação dos resultados, bem com na elaboração crítica do manuscrito e na aprovação da versão a ser publicada.

Referências

- BECK, C. L. C. *O sofrimento do trabalhador: da banalização à re-significação ética na organização da enfermagem*. 2001. 199 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Faculdade de Enfermagem, Universidade de Florianópolis, Santa Catarina, 2001.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré/Cortez, 1992.
- _____. *Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. São Paulo: Fundap; EAESP/FGV, 1999.
- _____. *A banalização da injustiça social*. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.
- _____. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, dez. 2004a.
- _____. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004b. Addendum, p. 47-104.
- _____. A metodologia em psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004c. Cap. 2, p. 105-126.
- _____. Avant-propos para a edição brasileira. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004d. p. 15-21.
- _____. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004e. Cap. 3. p. 127-147.
- DEJOURS, C.; BÈGUE, F. *Suicídio e trabalho: o que fazer?* Brasília: Paralelo 15, 2010.
- GERNET, I. Psicodinâmica do reconhecimento. In: MENDES, A. M. et al. (Org.). *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros*. Curitiba: Juruá, 2010. p. 61-76.
- GONZÁLES, R. M. B. *Sufrimento na práxis da enfermagem: real ou deslocado em seu sentido?* 2001. 195 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Faculdade de Enfermagem, Universidade de Florianópolis, Santa Catarina, 2001.
- HARDT, M.; NEGRI, A. *Império*. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- LANCMAN, S.; HELOANI, R. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Revista Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 77-86, set./dez. 2004.
- LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.) Apresentação. In: _____. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 33-34.
- LAZZARATTO, M.; NEGRI, A. *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP & A, 2001.
- LEOPARDI, M. T. et al. *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa Livros, 1999.
- MARTINS, S. R. Intervenções em grupo na clínica do trabalho: uma experiência anunciada em sonho. In: MENDES, A. M. et al. (Org.). *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros*. Curitiba: Juruá, 2010. p. 347-363.
- MENDES, A. M.; MORRONE, C. F. Trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho. In: MENDES, A. M. et al. (Org.) *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros*. Curitiba: Juruá, 2010. p. 29-52.
- MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: algumas considerações. *Boletim da Saúde. Escola de Saúde Pública/RS*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 17-29, 2005.
- MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M. B. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. *Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 141-156, 2009.
- MOLINIER, P. Sujeito e subjetividade: questões metodológicas em psicodinâmica do trabalho. *Revista Terapia Ocupacional*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 43-47, jan./abr. 2003.
- _____. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 33, n. 118, p. 6-16, 2008.

- NARDI, H. C. A propriedade social como suporte da existência: a crise do individualismo moderno e os modos de subjetivação contemporâneos. *Psicologia e Sociedade*, Santa Catarina, v. 15, n. 1, p. 37-56, jan./jun. 2003.
- PÉRILLEUX, T. Clínica do trabalho e crítica social. In: MENDES, A. M. et al. (Org.). *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros*. Curitiba: Juruá, 2010. p. 145-163.
- PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SANT'ANNA, D. *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.
- SENNETT, R. *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho do novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- SILVA, A. L. A. enfermagem na era da globalização: desafios para o século XXI. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 787-790, 2008.
- SZNELWAR, L. I. Introdução. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2008.
- TRAESEL E. S.; MERLO, A. C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. *Revista PSICO*. Rio Grande do Sul, v. 40, n. 1, p. 102-109, jan./mar. 2009.
- _____. Sofrimento no trabalho e possibilidades de saúde e realização: psicodinâmica do reconhecimento em enfermagem. In: MENDES, A. M. et al. (Org.). *Psicodinâmica e Clínica do Trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros*. Curitiba: Juruá, 2010. p. 291-311.

Saúde mental do trabalhador: o assédio moral praticado contra trabalhadores com LER/DORT*

Edil Ferreira da Silva¹

Keila Kaionara Medeiros de Oliveira²

Paulo César Zambroni-de-Souza³

Worker's mental health: moral harassment at work against workers with Repetitive Strain Injuries/Work Related Musculoskeletal Disorders

¹ Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

² Psicóloga, ex-orientanda de iniciação científica do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPR).

³ Professor do Mestrado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

* Pesquisa fomentada pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/UEPB).

Contato:

Edil Ferreira da Silva

Rua Ephigênio Barbosa da Silva, 450,
Bloco A – Apto 203 – Jardim Cidade
Universitária – João Pessoa-PB

E-mail:

edilsilva@uol.com.br

Resumo

Este artigo analisa como o assédio moral se configura na vida dos portadores de lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT). Participaram do estudo, realizado em 2007, 20 trabalhadores acometidos por LER/DORT de uma indústria do calçado em Campina Grande-PB. Empregaram-se entrevista semiestruturada e análise de conteúdo. Os resultados apresentam um quadro de assédio moral interpessoal e organizacional que está bem configurado nas histórias de adoecimento dos trabalhadores e nas suas trajetórias de busca de ajuda para seus problemas de saúde. O assédio moral interpessoal e organizacional se evidencia em virtude de todos os aspectos de humilhação, exclusão e pressão que recebem no ambiente de trabalho, sob forma de coação, subversão, chantagem e rebaixamento. Para não terem que sofrer com o desemprego, alguns preferem pedir demissão, outros suportam as dores, ultrapassando os limites do corpo. A lógica da produção de assédio moral e organizacional destrói a solidariedade e impede que os trabalhadores construam coletivamente formas de enfrentamento do trabalho.

Palavras-chave: saúde mental e trabalho; assédio moral; saúde do trabalhador; gestão do trabalho.

Abstract

This article analyzes how moral harassment was introduced in the lives of workers with Repetitive Strain Injuries/Work-Related Musculoskeletal Disorders (RSI/WRMD). In 2007, twenty workers with RSI/WRMD from a footwear industry in Campina Grande- Paraíba, Brazil took part in a study conducted by means of semistructured interviews and content analysis. The results presented a panorama of interpersonal and organizational moral harassment that is clearly shown in the workers' illness reports and in their trajectories searching for help for their health problems. Interpersonal and organizational moral harassment is evidenced by humiliation, exclusion and pressure received at workplace. It is shaped as coercion, subversion, blackmailing and demotion. To avoid unemployment, some workers would rather resign, others would bear pain, which could exceed their limits. The logic of the production of moral and organizational harassment destroys and prevents workers from structuring ways of confronting the problem collectively.

Keywords: mental health and work; moral harassment; worker's health; work management.

Recebido: 25/01/2010

Revisado: 04/03/2011

Aprovado: 11/03/2011

Introdução

Este artigo aborda o assédio moral sofrido pelos trabalhadores de uma indústria de calçado de grande porte, acometidos de lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT). A análise aqui realizada toma como base a linha de pensamento que relaciona o assédio moral com a organização do trabalho e seu modo de gestão.

Para conseguir dar conta das metas de produção impostas, os trabalhadores do setor calçadista em Caminha Grande-PB se desdobram nos processos de trabalho denominados de células de trabalho e grupos de trabalho. São novas formas de trabalho com velhas formas de controle, exigências e constrangimentos diversos. O engajamento dos trabalhadores nesse processo absorve suas energias físicas e psíquicas.

Para manter os níveis de produção, todos são exigidos no máximo de suas potencialidades físicas e mentais. Os meios para atingir as metas são diversos (prêmio de produção, por exemplo), entretanto, o resultado desse esforço das empresas e dos trabalhadores não é somente os produtos em quantidade e qualidade para exportação. As situações de trabalho desse ramo industrial têm deixado um contingente significativo de trabalhadores com doenças provocadas pelo trabalho. Quando acometidos por doenças, eles passam a ser mais discriminados no ambiente de trabalho, sofrem humilhações, vexames, cobranças de produtividade e pressões dos superiores. O assédio moral se configura nas situações de trabalho do setor calçadista dessa região.

Lesão por esforço repetitivo (LER)/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)

Entende-se LER/DORT (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2003) como uma síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, tais como: dor, parestesia, sensação de peso, fadiga de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, mas que também pode acometer os membros inferiores. Ainda segundo o Instituto Nacional do Seguro Social (2003):

a necessidade de concentração e atenção do trabalhador para realizar suas atividades e a tensão imposta pela organização do trabalho são fatores que interferem de forma significativa para a ocorrência das LER/DORT. (s.p.)

Foi com o advento da Revolução Industrial que quadros clínicos decorrentes de sobrecarga do sistema osteomuscular tornaram-se mais numerosos. Entretanto, no Brasil, seu registro começa a ser mais frequentemente estabelecido a partir de 2007, com a Instrução Normativa INSS/PRES nº 16 (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 2007). Tanto no caso brasileiro, quanto em outros países, os fatores explicativos para o grande número de acometidos, mesmo que a incidên-

cia exata seja ainda desconhecida, são diversos, porém aqueles relacionados ao processo e à organização do trabalho são os preponderantes (COUTO; MORAES, 2003; FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2009; DEJOURS; BÈGUE, 2010; FREITAS; LIMA; ANTONIO, 2010).

Na contemporaneidade, uma nova organização do trabalho se configurou, em nível mundial, a partir de grandes transformações econômicas, sociais, políticas e culturais. Nesse bojo, o aspecto econômico foi alçado à categoria de valor supremo, com resultados nefastos para a identidade das pessoas. No campo social, as referências pautam-se na valorização do indivíduo como consumidor e, no âmbito do trabalho, a avaliação individualizada de desempenho privilegia a quantificação (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2009; DEJOURS, 2008). Segundo Freitas, Heloani e Barreto (2009):

a nova organização do trabalho alterou completamente a relação com o tempo e o espaço e tem se desenvolvido cada vez mais como um fluxo, prescindindo de vínculos sociais duradouros ou referências no passado. (p. 6-7)

As mudanças perpetradas no processo e na organização do trabalho trazem consequências para o emprego e os direitos sociais. Os empregos que mais crescem na atualidade são aqueles relacionados ao trabalho temporário e em tempo parcial. Cada vez mais os trabalhadores têm seus benefícios sociais reduzidos e, em diversos casos, excluídos. O desemprego é um fantasma que ronda todo o planeta (ANTUNES; ALVES, 2004), mesmo que no caso brasileiro tenha havido diminuição da taxa de desemprego nos últimos meses, como apontam dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010a). Todos esses aspectos levam a mudanças radicais no modo de organizar os trabalhadores no ambiente de trabalho.

Nessa perspectiva, o trabalho vai perdendo o seu caráter coletivo e o indivíduo, cada vez mais, vai sendo responsabilizado e, sobretudo, culpabilizado pelos seus atos. Como afirma Dejours (2007, p. 22), “a individualização degrada-se então para o cada-um-por-si, a concorrência vai até condutas desleais entre os colegas, a desconfiança instala-se entre os agentes”. Na atualidade, como afirmam Freitas, Heloani e Barreto (2009):

o vínculo profissional ganha relevância paradoxal, pois estamos falando de um mundo em que o vínculo com o trabalho tende a ser cada vez mais raro, mais curto e mais superficial, ao mesmo tempo em que se torna a referência central a testemunhar a existência do indivíduo. (2009, p. 8-9)

O novo método de organização do trabalho, calcado na avaliação individualizada dos desempenhos que se implementou nos últimos anos, trouxe igualmente efeitos deletérios sobre o trabalho coletivo e a cooperação. Para Dejours, “a avaliação individualizada assenta-se no princípio de uma análise quantitativa e objetiva do trabalho, passando pela mensuração dos resultados” (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p.44). Esse tipo de avaliação, que não mede o trabalho efetivamente realizado, mas

tão somente seus resultados (DEJOURS, 2008), acaba por criar a concorrência no meio do trabalho em que se incluem os trabalhadores. Quando a avaliação individualizada do desempenho é usada para atribuir conceito ou algum tipo de prêmio aos trabalhadores, a convivência entre eles se complica mais ainda e a concorrência aumenta. Dejours e Bègue destacam que, se à avaliação individualizada de desempenho for acrescida “a ameaça de ser colocado na ‘geladeira’, da transferência sumária, da queda em desgraça, da demissão”, surgirão “condutas de concorrência e de rivalidades que derivam em condutas desleais”. Assim, o contexto do trabalho se modifica, e “a lealdade e a confiança são corroídas e são trocadas pela desconfiança e o constrangimento de vigiar o comportamento dos colegas, logo considerados como adversários” (2010, p. 46).

Nos últimos anos, no mundo do trabalho, ganhou contorno uma:

organização do trabalho cada vez mais sem compromissos com o ser humano, pois sua fórmula mágica é enfocada na garantia de ganhos de produtividade crescentes no curto prazo. (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2009, p. XVI).

Esse modo contemporâneo de organizar o trabalho produz violência contra as pessoas que trabalham. De acordo com a Organización Internacional del Trabajo (2003), a violência no trabalho compreende todos os tipos de comportamentos agressivos e abusivos que tendem a causar danos físicos, psicológicos ou desconforto em suas vítimas. A violência psicológica no trabalho é uma das que mais têm aparecido e provocado consequências diversas para aqueles que são vítimas dela. Gosdal et al. (2009) referem que:

a violência psicológica no trabalho, que inclui o assédio moral, pode trazer sérias perturbações à saúde física e mental do empregado assediado e também dos colegas não participantes do assédio, criando um ambiente de trabalho hostil e desagradável, carregado de tensões. (p. 40)

Assédio moral

Embora o assédio no ambiente laboral seja tão antigo quanto o próprio trabalho, Leymann (1996), um dos pioneiros a tratar desse assunto, lembra que foi Brodsky, em 1976, quem primeiro estudou casos de *mobbing*, mas reitera que ele “não estava interessado em analisar esses casos” (p. 4). Foi o próprio Leymann, no início dos anos 1980, que passou a estudar a prática do *mobbing* no mundo do trabalho. De acordo com Hirigoyen (2000), foi somente no início da década de 1990 que o assédio moral passou a ser alvo de estudos e seus resultados usados na criação de dispositivos legais. Os estudos se multiplicam, principalmente, devido ao fato do problema ser identificado como fenômeno destruidor do ambiente de trabalho, causando não apenas baixa de produtividade, como também o absentismo devido ao desgaste psicológico que provoca.

Além de Leymann, internacionalmente, outra grande referência acerca do assunto compete à Marie-France Hirigoyen, que publicou na França, em 1998, o livro que ganhou grande alcance sobre a questão, intitulado *Le Harcèlement Moral: la violence perverse au quotidien* (HIRIGOYEN, 2000). Nesse livro, a autora aborda o assédio moral a partir do ponto de vista do assediador, ou seja, de quem agride a integridade do outro, e como se processa o assédio. A autora tipifica vários tipos de assediadores e as consequências disso sobre o trabalhador assediado. Segundo a autora, o assédio moral gera medo, desconfiança, até um estado de paranoia, em que o trabalhador se sente perseguido, ultrapassa os muros do trabalho e invade, inclusive, o âmbito social. Matias (2004) afirma que esse livro teve como resultado as bases legais que tratam do assédio moral na França.

No Brasil, um estudo de grande importância acerca do tema é a dissertação de Mestrado de Margarida Barreto, posteriormente publicada com o título *Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações* (BARRETO, 2003). Esse estudo sistematiza e visibiliza o tema na sociedade brasileira.

Hirigoyen (2002, p. 17) define o assédio moral no trabalho como sendo:

toda e qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho.

Para Soboll (2008, p. 21):

assédio moral é uma situação extrema de agressividade no trabalho, marcada por comportamentos ou omissões, repetitivos e duradouros. Caracteriza-se por sua natureza agressiva, processual, pessoal e mal-intencionada.

O assédio moral decorre de um desvio no exercício do poder nas relações de trabalho. Essa situação cria um ambiente hostil, desestabilizador. Nesse clima de medo, e no contexto de desemprego, o trabalhador aceita mais passivamente as situações criadas e é menos reivindicativo. Como afirmam Eberle, Soboll e Cremasco (2009, p. 113):

as práticas organizacionais ou gerenciais que utilizam de ameaças acabam por mobilizar o medo nos trabalhadores, que pode ser expresso de diversas maneiras, como medo de ser humilhado, de não corresponder às exigências da empresa, de ser demitido etc.

Peli e Teixeira (2006) diferenciam três tipos de relações assediadoras que se classificam como relações de posições hierárquicas: assédio moral descendente – caracterizado pela ação de um superior hierárquico sobre um subordinado; assédio moral horizontal – caracterizado pela ação entre pessoas do mesmo nível hierárquico; e assédio moral ascendente – caracterizado pela ação de baixo para cima, ou seja, de um subordinado em relação ao seu superior hierárquico. Mesmo sendo menos frequente, esse tipo de assédio pode ser comumente encontrado em empresas públi-

cas onde a estabilidade no trabalho e a rotatividade da gestão estão sempre em andamento. Os autores enfocam a importância de diferenciar o assédio da discriminação. O primeiro se reveste com características de humilhar, independentemente de atributos pessoais da vítima, enquanto o segundo se dá tanto pela retirada ou pela restrição de um direito, como por questões raciais ou, ainda, em relação a pessoas portadoras de alguma necessidade especial.

O assédio moral pode ser considerado como um ato individual perverso, bem como o resultado de contextos de trabalho propícios ao seu desenvolvimento (DEJOURS, 2001). Nessa linha de pensamento, não é preciso estabelecer uma análise mais detalhada da sociedade para se perceber que o modo de vida moderno contribui para um isolamento e uma individualização sociais em que cada qual está voltado mais para si, para seus problemas.

Dejours (2001) fala do assédio moral como uma “patologia da solidão”. Vallete (2002) afirma que Dejours define assédio moral e *mobbing* como sendo:

[...] uma forma clínica específica de alienação social no ambiente de trabalho, resultante de pressões psíquicas sobre o sujeito oriundas do exterior pela organização do trabalho, seus modos de gestão, avaliação ou de direção das empresas. O assédio ou *Mobbing* eleva ao extremo a marginalização do sujeito. (p. 74-75)

Quanto às empresas, de uma forma geral, preferem não evitar que tais situações ocorram, o que colabora, indiretamente, para a intensificação do mal (HIRIGOYEN, 2002).

Peli e Teixeira (2006, p. 63) confirmaram a convivência das empresas. Os autores destacam que há uma clara omissão das organizações sobre a questão do assédio moral e que isso ocorre de forma silenciosa. “Prevalece, quase sempre, certa outorga de poderes (não controlados) concedida a um gestor empreendedor”, na maioria das vezes, responsável por resultados e que “indiretamente reconhece como normais os estilos mais agressivos no campo da competição”. Nessa mesma linha, Pezé (2008, p. 41) afirma que “os comportamentos tirânicos, o assédio, a perseguição a um subalterno são frequentes e integrados ao modo de gerenciamento”. Dessa maneira, o assédio pode se caracterizar como instrumento de gestão em uma tentativa de subjugar o trabalhador para que ele se submeta ao máximo aos imperativos da produção.

Da parte do agredido, acrescentam-se vários estágios, como renúncia, confusão, dúvida, estresse, medo e isolamento:

Ao instalarem-se o enredamento e o controle as vítimas vão-se tornando cada vez mais confusas, sem saber ou ousar queixar-se. Ficam como que anestesiadas, queixam-se de ter um vazio na cabeça e dificuldade de pensar, descrevem o próprio empobrecimento, um aniquilamento parcial de suas faculdades, uma amputação do que elas tinham de mais vivo e espontâneo. (HIRIGOYEN, 2000, p. 170)

Nesse contexto, o coletivo de trabalho fica paralisado diante de uma situação com a qual não sabe como lidar e sobre a qual se sente anestesiado, evitando comentários e negando a realidade. Conforme Pezé (2008), “o medo de perder seu emprego e seus direitos sociais neutralizou a mobilização coletiva, gerou o silêncio e o ‘cada um por si’” (p. 43).

De fato, não apenas os coletivos ficam anestesiados diante de tais situações, como também as formas de gestão cada vez mais adotadas nas empresas procuram impedir a formação de coletivos, na medida em que não são oferecidas condições aos trabalhadores para perceberem que permanecerão por longo tempo na organização, de modo que o “[...] princípio do ‘não há longo prazo’ também atinge as relações e os laços sociais, corroendo a ‘confiança, a lealdade e o respeito mútuo’” (EBERLE; SOBOLL; CREMASCO, 2009, p. 105). Isso acaba por criar ambientes propícios ao surgimento e ao crescimento de violência no trabalho, visto que, diante de ações violentas que surgem, não há um coletivo para defender aqueles que sofrem (op. cit., p. 109-110).

As pesquisas que abrangem o tema demonstram que a violência empregada no uso e no abuso do poder é explicitada através da intensificação do trabalho, da precarização dos empregos (postos de trabalho) e do desmoronamento das regras de solidariedade que são construídas nos coletivos de trabalho (GENEST; LECLERC; MARANDA, 2005). Existem algumas pessoas que são mais submetidas às situações de assédio do que outras. É o caso do assédio em função de deficiência física ou doença (HIRIGOYEN, 2000), como acontece com os sujeitos de que trata este artigo.

Aqui, adotamos a definição de assédio moral proposta por Schatzman et al. (2009, p. 17), que o concebem como “um processo sistemático de hostilização, direcionado a um indivíduo, ou a um grupo, que dificilmente consegue se defender dessa situação”. Nessa linha, é importante fazer a diferenciação do assédio moral interpessoal (ou simplesmente assédio moral) do assédio moral organizacional (ou simplesmente assédio organizacional) para se evitarem análises incorretas. Soboll (2008, p. 21) define o assédio organizacional como sendo:

um processo no qual a violência está inserida nos aparatos, nas estruturas e nas políticas organizacionais ou gerenciais, que são abusivas e inadequadas. O propósito é exercer o gerenciamento do trabalho e do grupo visando produtividade e controle organizacional.

O assédio organizacional visa manter o controle sobre a coletividade de trabalhadores, diferentemente do assédio moral, cujo alvo é direto. Soboll (2008) refere que o assédio organizacional se configura através de algumas práticas, como gestão por estresse, gestão por injúria, gestão por medo, exposições constrangedoras de resultados, premiações negativas, ameaças, cobranças exageradas. Na análise de Soboll, “essas estratégias de gestão funcionam como uma técnica de aumento do

envolvimento no trabalho e também podem ter o efeito de um processo de ‘seleção natural’ dos menos resistentes” (2008, p. 22).

Soboll (2008, p. 22-23) aponta a diferença entre assédio organizacional e assédio moral. Segundo ela:

no assédio moral, a empresa é palco da violência, e o objetivo é prejudicar, excluir ou anular o trabalhador que se transformou em *persona non grata*. No assédio organizacional, o objetivo é exercer o controle sobre a coletividade e garantir o alcance dos objetivos organizacionais e gerenciais.

O assédio organizacional torna-se pernicioso aos trabalhadores na medida em que as condutas das pessoas passam a ser abusivas e atentam contra a dignidade humana.

Sob nosso ponto de vista, na empresa que é o objeto de estudo desta pesquisa, pratica-se o assédio organizacional indiscriminadamente, mas quando os trabalhadores adoecem por LER/DORT, passam a ser alvos privilegiados de assédio, ou seja, tornam-se vítimas de assédio moral interpessoal, como veremos adiante.

Metodologia

A presente pesquisa é do tipo transversal e analítica. A metodologia utilizada é de cunho qualitativa. Dejours, Abdoucheli e Jayete (1994) asseveram que, nesse tipo de pesquisa, não se trata apenas de verificar a relação saúde mental-trabalho, nem somente de averiguar “o estado das coisas” em um dado momento. Para os autores, é preciso “catalisar a dinâmica da revelação-construção no sentido do vivenciado, do sofrimento no trabalho” e levantar a vivência subjetiva no trabalho para se ter acesso ao sofrimento, passando, necessariamente, pela palavra do trabalhador.

A entrevista individual semiestruturada foi empregada por meio de um roteiro, que possibilitou abordar aspectos da organização do trabalho e da vivência subjetiva do trabalhador. A escolha de um formato de roteiro semiestruturado permitiu a flexibilidade nas conversas e a absorção de categorias empíricas trazidas pelos entrevistados.

O roteiro elaborado para a entrevista foi montado em duas partes. Na primeira, focou-se o aparecimento dos primeiros sintomas da doença, como era o trabalho antes do adoecer, assim como o sofrimento vivenciado pelo acometimento das LER/DORT. Também se investigaram as relações que se estabelecem no trabalho durante o processo de desencadeamento da doença, a cobrança quanto à produtividade e, ainda, colocaram-se questões acerca de como os trabalhadores conseguem trabalhar mesmo sentindo dores, o enfrentamento de novas questões como o afastamento do trabalho e a correlação das vivências que se estabelecem dentro de casa depois do afastamento. Na segunda parte, as questões foram voltadas para o

relato dos adoentados que passaram pelo processo de retorno ao trabalho depois de ficarem afastados, os mecanismos adotados pelos trabalhadores frente ao assédio moral vertical (praticado por superiores hierárquicos) e ao assédio moral horizontal (praticado pelos colegas de trabalho de mesmo nível hierárquico) quando retornaram ao trabalho e/ou foram transferidos para outro setor.

Participaram da pesquisa 20 operários acometidos por LER/DORT (18 homens e duas mulheres). Todos os trabalhadores entrevistados estavam em tratamento e pertenciam a uma mesma empresa do ramo calçadista. As entrevistas foram realizadas em um setor de Fisioterapia de uma clínica privada de ortopedia e trauma em Campina Grande. Todos os trabalhadores tinham convênio médico pago pela empresa. As entrevistas foram realizadas entre janeiro e maio de 2007.

Os dados das entrevistas foram analisados de acordo com o método da análise de conteúdo, a partir da análise temática. Dividimos os discursos em categorias analíticas e categorias empíricas, organizadas com base nas entrevistas, que foram cuidadosamente transcritas, mantendo-se o conteúdo explicitado pelos trabalhadores. Foi construído um quadro temático com as categorias analíticas e empíricas, de onde foram retirados e distribuídos os discursos que se adequavam a cada categoria. Neste artigo, os resultados são apresentados a partir de cinco categorias, a saber: a coação viril como forma de manter a produção; agravos e sintomas: motivos de humilhações e constrangimentos; (des)cuidados médicos; atestado médico: uma fonte de pressão psicológica no trabalho; e outras situações de assédio moral.

Resultados e discussão

O pano de fundo dos assédios moral e organizacional de uma empresa do setor calçadista em Campina Grande

A cidade de Campina Grande tem 385.227 mil habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010b). Em doze meses (nov./09 a out./10), o saldo de empregos formais criados na Paraíba foi de 23.426. O estado ocupou o sexto lugar na criação de emprego formal no Nordeste, ficando à frente apenas de Sergipe, Piauí e Alagoas (BRASIL, 2010). A maior empresa de produção de calçados da Paraíba se destacou como uma das principais empresas exportadoras do ramo calçadista do Brasil em 2008, com uma participação de 30,20% do volume total de recursos arrecadados por todas as empresas no estado (FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO PARANÁ, 2008).

Por força do incremento da exportação no setor calçadista, as metas de produção tornaram-se cada vez mais altas. A atividade de acabamento é o setor que emprega o maior contingente de trabalhadores. Nesse setor, o processo de trabalho se configura a partir de grupos de trabalho ou células de trabalho. De acordo com Gondim (2007, p. 24):

nos grupos e nas células, são operados os equipamentos utilizados no processo de acabamento das sandálias produzidas, seguindo os procedimentos de trabalho indicados no local, mantendo o padrão de qualidade exigida pela empresa. O processo de trabalho nos grupos e células se diferencia por empregar uma organização do trabalho heterogênea. Nos grupos cada trabalhador é responsável por uma determinada tarefa no processo de produção. Já nas células todos os operários devem realizar todas as tarefas, adotando-se um sistema de rodízio de funções. Nos grupos há maior número de funcionários do que nas células.

O processo produtivo é acompanhado por supervisores, que ficam o tempo todo vigiando e cobrando o cumprimento das instruções de trabalho. O processo de trabalho da produção do calçado por célula ou grupo é bastante repetitivo, apesar do emprego do rodízio entre funções nas células de trabalho. A prescrição das tarefas é bastante detalhada e, para cada função, um conjunto de normas deve ser obedecido. Para cada peça e seus complementos, o trabalhador precisa aprender o modo padrão de operar. Como os modos operatórios são bastante repetitivos, os trabalhadores são treinados para repeti-los tal qual observado e praticado.

Apesar do rodízio nas células de trabalho, a flexibilidade da atividade fica limitada pela cobrança por produção e cumprimento de metas, o que faz com que haja intensificação do trabalho. O rodízio de funções é estabelecido pelos trabalhadores, mas a pretensão autonomia desta ação é perdida pelas cobranças dos líderes que exigem que a mudança seja feita apenas conforme a prescrição. Os trabalhadores não estabelecem entre eles o melhor modo de fazer o rodízio, já que os líderes ficam o tempo todo vigiando para saber se eles estão trocando mesmo de função como prescrito. Embora pareça paradoxal, o coletivo fica tolhido em sua autonomia. O que deveria ser algo positivo, devido à repetitividade, torna-se um sofrimento pela obrigação do ato, fazendo com que a burla desta norma tenha que ser feita com mais cuidado, visto que a vigilância é constante.

Segundo Gondim (2007), “o uso do macete é uma prática corrente na empresa por força da existência da discrepância entre a tarefa prescrita e a atividade”. Para a autora a questão da transgressão da prescrição fica evidente nas falas dos trabalhadores entrevistados em sua pesquisa sobre a constituição de coletivo de trabalho nesta mesma empresa, quando explicitam que fazem do seu jeito sem que o supervisor perceba. Ela diz que esta ação pode levar ao sofrimento, já que a organização do trabalho não permite que o trabalhador possa livremente usar de sua inteligência prática para dar conta da organização da produção. Subverter a prescrição é necessário, mas isso é conseguido a custo de muita astúcia.

A coação viril como forma de manter a produção

Quando sentem que estão adoecendo, os trabalhadores aguentam a dor, escondem dos colegas, mas não podem esconder o desgaste físico quando não conseguem dar conta da tarefa exigida. Nesse sentido, começam a ser advertidos pela baixa de produtividade. Devido às dores, o rendimento diminui e é percebido pelos colegas de trabalho e pela chefia. Em consequência disso, no decorrer do tempo, passam a ser chamados pelos supervisores até a “salinha”⁴, onde são cobrados e coagidos. Os supervisores exercem, assim, o papel de vigilantes da produção, inclusive como uma forma de mostrar para os outros operários que não se tolera baixa de produção. Criticam quando os operários se queixam de dor e os chamam de *moles*, *maricas*, *preguiçosos*. Vemos, aqui, o exercício do assédio organizacional pelos supervisores na medida em que se busca estimular a produtividade, manter o nível de produção, através de condutas hostis e agressivas para obter maior controle sobre os trabalhadores.

Eita que tem gente aqui que não quer mais trabalhar não! Mas não tem nada não! Do mesmo jeito que entra gente, sai gente aqui! A fila aqui é muito grande [imitando a forma de falar do supervisor]. (Homem, 21 anos)

Como afirma Soboll (2008, p. 174), “as desconpensões na saúde são tratadas como se fossem escolhas dos trabalhadores, como uma forma de ‘comportamento desviante’ na lógica produtiva”.

A coação se efetiva de forma direta também. Uma entrevistada contou que isso ocorreu quando um líder foi demonstrar para o trabalhador que ele não estava atingindo o tempo necessário para a produção de uma peça. Para tanto, utilizou um relógio para marcar o tempo da atividade realizada:

Eles usam também um relógio, um relógio que o supervisor manda o líder fazer, assim não é bom. Porque se você consegue fazer sete pares num minuto, eles ficam marcando, ficam olhando, lhe observando, eles contam um minuto, se você não fizer aquela marca aí eles já vão reclamar com você, vai exigir de você. Aí você tem que fazer, tem que fazer, tem que fazer, até alcançar aquela meta. Eles ficam pressionando, porque você está num lugar, fazendo uma coisa, e uma pessoa lhe observando, fazendo aquilo, você fica nervoso, eu mesma fico nervosa, eles ficam assim ó [mostrando a proximidade entre o líder que cronometra e o operário que trabalha]. (Mulher, 30 anos)

Executar um bom trabalho, nos moldes atuais de competitividade capitalista, significa, necessariamente, ter que acompanhar os ritmos impostos à produção. Atingir as metas é a prioridade empresarial e, em concordância, devem os funcionários fazer de tudo para não apenas as alcançar, mas superá-las. As exigên-

⁴ A “salinha” é o local para onde são levados os operários que não cumprem a produção. Lá, eles são advertidos, mas, nas palavras dos trabalhadores, eles eram “enrabados”, “levavam uma trepada” do supervisor. A salinha foi uma das categorias empíricas analisadas em Oliveira e Silva (2006).

cias são tão grandes que muitas vezes não apenas os adoentados, mas também os outros trabalhadores têm enorme dificuldade de dar conta da produção, pois se trata de um ritmo de trabalho muito intenso. Por isso, são destratados com palavras impróprias para uma relação normal de trabalho. Essa situação ilustra o que encontramos nessa empresa: o assédio organizacional utilizado como instrumento de gestão, isto é, a constante pressão acompanhada de humilhação para que os trabalhadores possam dar conta das metas:

Errar? Errar você pode errar, o primeiro erro, segundo eles podem aliviar, mas a terceira eles não, principalmente o gerente lá, ele trata super mal: “puta velha!”, “você são um bocado de puta velha, rapaz!”, “você não sabem trabalhar direito!”, chama a gente de puta velha. (Homem, 27 anos)

Evidenciamos, nessas palavras, que, no caso dos operários homens, visam destituí-los de sua masculinidade e, em relação às mulheres, colocam-nas na categoria de “putas”, demonstrando, mais uma vez, o exercício da virilidade em uma relação desigual de força. Esse é um exercício que visa manter os supervisores em uma posição de grande poder masculino, no sentido em que fala Dejours (2007, p. 87) quando diz que “muitos são os homens que aceitam participar do ‘trabalho sujo’, tornando-se assim ‘colaboradores’ do sofrimento e da injustiça infligidos a outrem”.

Dejours (2001, p.1) afirma que:

no trabalho hoje, os pretextos de eficácia e competitividade chamam os executivos a colaborar com as estratégias das empresas, a se tornarem quites a infringir com o sofrimento e a injustiça com os outros.

A banalização do mal, como denomina o autor, é eficazmente construída e justificada pelas regras de mercado.

Seguindo as estratégias empresariais, o trabalhador é uma peça descartável, principalmente quando está acometido por alguma doença que o impede de acompanhar o ritmo da produção, ainda mais no universo de desemprego vivido no Brasil, especificamente, na região onde a pesquisa foi desenvolvida. A doença do trabalhador que está relacionada ao trabalho é usada para acusá-lo de ineficiência. O mais grave é que é utilizada para fazer com que ele se resigne e volte a produzir.

Quando eu dizia que não podia, eles ameaçavam: “se você não puder não venha trabalhar! Procure um médico e vá pra casa [...] porque ninguém quer ninguém trabalhando aqui doente não [...] qualquer coisa se você não quiser trabalhar tá cheio de gente lá fora que quer!”. (Homem, 49 anos)

De fato, a rotatividade gerada por demissões pela empresa ou requeridas pelos trabalhadores, quando não mais suportam permanecer naquela situação, aliada ao conhecimento que os trabalhadores têm do contingente de desempregados que desejam uma colocação naquela empresa é fonte de grande pressão para os que continuam trabalhando. Para piorar essa situação, o sofrimento vivido nas situações de trabalho tende a

ser negado pelos próprios trabalhadores, visto que avaliavam ser melhor suportar o sofrimento do que arriscar cair no desemprego (DEJOURS, 2007). Muitos deles permanecem no trabalho, mesmo doentes, o que caracteriza o fenômeno que vem sendo denominado de presenteísmo. Segundo Seligmann-Silva, presenteísmo:

significa que pessoas adoecidas estão trabalhando sem manifestar queixas e em geral sem procurar tratamento, ao mesmo tempo em que seus quadros clínicos se agravam e cronificam enquanto, inevitavelmente o desgaste atinge também seu desempenho. (2010, p. 3)

Ultrapassar os empecilhos inerentes ao trabalho real com uma gestão vigilante e disciplinadora é sempre difícil para os operários. Na maioria das vezes, o uso dos “macetes” é feito às escondidas para que o líder não perceba e puna o trabalhador (GONDIM, 2007). E quando o operário tem uma limitação para atingir a produção requerida, isso se torna mais complicado.

Os incidentes, as quebras de máquinas, os defeitos que param a produção são situações de mal-estar para o trabalhador. Para os líderes e os supervisores, não importa quais os motivos, sempre tem que se dar conta da produção. Surgem daí as humilhações, mostrando novamente o assédio organizacional como um instrumento de gestão. Aparecem como forma de pressão a suspensão e a perda do dia de trabalho já no final da jornada diária:

Se a produção não dá, eles perguntam “por quê?” A gente diz, eles falam que não é motivo, eles aproveitam o embalo com a raiva, aí vai e suspende, e desconta do dia, às vezes já quase no finalzinho do expediente, faltando duas horas, três horas! Espera o cara trabalhar seis horas, porque não bota logo no começo?! (Homem, 27 anos)

Quando dá problema na balança, a gente às vezes pode passar peso a mais, aí a carga foi grande. Ele pegou e disse que não era pra trabalhar desse jeito. Eu disse: “Mas a culpa não foi minha, foi problema na balança!”, ele disse: “Eu não quero saber”. Pronto, me deu a suspensão de dois dias, aí eu perdi um dia de trabalho e o outro, só porque eu passei uma carga grande. (Homem, 27 anos)

A suspensão tem um significado objetivo para o operário diretamente envolvido. Ele perde um dia de trabalho, além de ser visto como alguém que não produz. A suspensão, em última instância, tem um significado simbólico para o restante dos trabalhadores da fábrica, que é a questão do castigo (ir para a salinha), da punição para quem não cumpre as metas, sinalizando também uma potencial demissão. Nesse sentido, Barreto (2003, p. 152) afirma:

As ordens devem ser recebidas passivamente como sinal de integração e adequação à política da empresa. Deve-se trabalhar em silêncio e quase invisível, fazer horas extras ou produzir o determinado, sem se lastimar. Negar ou contestar as ordens é desobediência que deve ser punida, servindo de exemplo para que os outros companheiros que devem continuar produzindo.

Como se trata de ocupações que não requerem capacitação formal, escolar ou universitária, e o contingente de desempregados é grande, os trabalhadores ficam em uma situação de fragilidade diante de tamanha pressão e humilhação, uma vez que, embora não existam, na região, estudos que mostrem os índices de rotatividade, há um grande número de saídas de trabalhadores e igual entrada de outros, por designação da empresa ou porque muitos não suportam mais continuar na produção diante de tanto sofrimento. Assim, o medo e a humilhação são colocados como instrumentos de gestão. Essas pressões se agravam ainda mais devido à fragilidade dos vínculos coletivos ali presentes, pois a rotatividade e o medo atrapalham a criação de vínculos que poderiam permitir reivindicações de mudança. Dessa maneira, não há a estruturação do “viver-junto” (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 34), de modo que nem mesmo estratégias coletivas de defesa conseguem se erigir contra o sofrimento e cada trabalhador fica só diante da enorme pressão.

Configuram-se, então, formas de pressão para que as metas estabelecidas sejam atingidas, amparadas pela coação, pela humilhação e pelos constrangimentos dos trabalhadores: é o assédio organizacional mostrando sua face. Dessa maneira, os objetivos da produção colocam-se como justificativa para maltratar e humilhar os trabalhadores, ou seja, “[...] é sempre em nome de um trabalho que se legitima o ‘dever de violência’ por parte dos líderes” (DEJOURS, 2007, p. 132). Trata-se de uma forma de gestão que humilha, constrange e desconsidera totalmente o trabalho, o que leva a uma degradação do tecido social dentro e fora do meio de trabalho (DEJOURS; BÈGUE, 2010), visto que os trabalhadores levam as consequências do que ali vivenciam para suas vidas fora do trabalho. Tal quadro se agrava quando exercido sobre pessoas que estão com agravos ou portando doenças relacionadas ao trabalho ainda não diagnosticadas, mas com sintomas e dores presentes. Nesse momento, o assédio passa a ser especialmente dirigido para os adoecidos: o assédio moral organizacional transmuta-se em assédio moral interpessoal.

Agravos e sintomas: motivos de humilhações e constrangimentos

Na indústria onde trabalhavam os portadores de LER/DORT participantes da pesquisa que gerou esse artigo, o assédio moral foi confirmado em várias situações de trabalho. Entretanto, é a partir do adoecimento, juntamente com a baixa de produtividade, que as situações de degradação da integridade, da moral e da ética são inegavelmente claras. Em todos os relatos analisados, há rastros de humilhação, medo, vergonha e culpa, direta ou indiretamente, sob forma de coação, chantagem e pressão. As situações vivenciadas denunciam que o assediado é subvertido em sua relação com a própria saúde antes mesmo de se “descobrirem” doentes.

Imaginar que a dor que se apresenta agora é fruto de mero cansaço e não terá resultados indesejáveis em longo prazo faz parte da negação, que é o mecanismo de defesa psíquico mais comumente utilizado:

Primeiro eu comecei a sentir uma dorzinha de cabeça e aqui na nuca, aí eu falei com um funcionário lá, ele já tem 10 anos que trabalha lá. Eu perguntei pra ele: “Você sente alguma coisa?”, ele disse: “Sinto, mas é normal!”. “Você já se afastou?” e ele disse: “Não eu faço fisioterapia, mas nunca me afastei não!” (Mulher, 30 anos)

Eu pensei que era normal, achei que era do trabalho, que ia passar, mas só fazia piorar! (Homem, 20 anos)

Quando o trabalhador percebe que não tem mais condições de atingir a meta de produção, inicia-se uma trajetória de busca de resolução de seu problema de saúde, que é vivido de forma solitária, uma vez que não conta com o coletivo para amparar-se. O medo gerado pela potencial perda de emprego ao adoecerem gera um sofrimento que não é compartilhado com os colegas de trabalho e, em alguns casos, sequer com os familiares.

Os trabalhadores relatam vivências de medo e isolamento com a situação de doença. Não contam aos colegas os problemas por que estão passando e omitem as dores:

Eu não contei pra ninguém, porque lá não pode tá falando demais, qualquer coisa eles colocam pra fora. (Homem, 24 anos, portador de tendinite no punho)

Segundo Barreto (2003, p. 36), a “omissão dos sintomas é uma prática comum entre os trabalhadores”, o que reflete simultaneamente um misto de esperança de uma reabilitação espontânea, ou seja, esperam ficar bons sem ter que sofrer o preconceito de estarem doentes, e do medo de perder o emprego. Suportam as dores até quando é possível, em termos físicos e psíquicos:

A doença só se manifesta na fábrica quando a dor é insuportável, rompendo o silêncio dos órgãos do corpo submetido, que já não consegue cumprir as metas preestabelecidas. A esperança estrangulada dá visibilidade à enfermidade, que por certo tempo manteve-se oculta na fronteira da dor e dos múltiplos medos. (BARRETO, 2003, p. 36)

(Des)cuidados médicos

Quando a esperança de melhorar se acaba com a transformação dos sinais e os sintomas da doença, o trabalhador não tem outra saída senão consultar um médico. Esse é um momento recheado de ansiedade, angústia e humilhações. As humilhações sofridas, em alguns casos, geram sérios transtornos emocionais, como vergonha e sentimento de culpa. Misturados ao medo, são coagidos por um sentimento de resignação, razão por que relutam em procurar ajuda médica.

Evitam ao máximo ajuda para não consolidar o medo de todas as injúrias ouvidas de que são manhosos e que estão reclamando por uma dor insignificante e para manter a crença de que não estão ficando doentes. A partir do que dizem os entrevistados, esse fato é intensificado na própria empresa, na enfermaria. Ocorre uma banalização dos problemas apresentados pelos operários. Os profissionais de saúde parecem

desenvolver a síndrome da desafetação (SELIGMANN-SILVA, 1995), perdem o afeto, o sentimento em relação às questões colocadas pelos doentes:

Quando eu sofri o acidente, que caiu várias mantas no meu punho, eu senti o estralo, corri pra enfermaria [...], passaram gelo, quando eu voltei o supervisor disse que eu tava era com manha! Aí baixei a minha cabeça, voltei pra minha máquina e fui trabalhar! (Homem, 21 anos)

Eles lá não querem saber se você ta sentindo dor não, ia lá pra enfermaria só tomava um remédio e já voltava pro trabalho, não tinha nem descanso nem nada, nem eles mudam você de função lá dentro. (Homem, 20 anos)

A própria ida à enfermaria, acompanhada de um imediato retorno ao posto de trabalho, determina que sentir dor não é justificativa suficiente para atrapalhar o processo de produção. Vemos, então, que alguns são coagidos, subvertidos diretamente, em detrimento da própria saúde e ficam amedrontados, o que os desencoraja a procurar ajuda médica. Vemos que o presenteísmo é vivenciado também pela coação que se exerce contra aqueles que apresentam algum problema de saúde.

Quando decidem ir ao médico, outro problema sério e grave instaura-se, visto que isso envolve nuances jamais imagináveis. Os trabalhadores são impelidos a procurar apenas o médico e os serviços fisioterápicos fornecidos ou indicados pela própria empresa:

O médico não deu atestado, atestado só de um dia, eu até estranhei, a pessoa dizer que ta com dor e o médico não passar exame, tomografia ou ultrassom, aí eu desisti, deixei pra lá, a pessoa não pode ta me-xendo com gente grande! (Homem, 27 anos)

Os operários não confiam mais nos serviços médicos oferecidos pela empresa ou encaminhados por ela, pois percebem que não há uma imparcialidade no tocante à relação médico-empresa. Preferem procurar outros profissionais indicados pelos próprios colegas de trabalho:

Ah, o outro médico me tratou super bem, me deu o que eu precisava, me deu autorização pra fazer ultrassom e tomografia da coluna. (Homem, 27 anos)

Eu fiz os exames tudinho, aí o médico fez e não acusou nada, aí passou ultra-som e acusou o problema no ombro, só que eu continuei com a dor, deu tendinite, [...] continuei com a dor nas costas, no pescoço, aí eu voltei pro médico, ele passou outros exames, passou uma ultrassonografia, aí acusou. (Mulher, 30 anos)

Vemos aqui dois dos muitos discursos proferidos sobre esse tipo de atuação médica. Até o atendimento pelo médico da empresa reveste-se, de maneira um pouco mais sutil que no chão de fábrica, do assédio moral dirigido a essas pessoas. Alguns operários, ao passarem pelo primeiro médico, voltavam ao trabalho mesmo sentindo dor, acreditavam no diagnóstico médico. Achavam estranha a ausência de exames complementares para se estabelecer um diagnóstico mais preciso e o fato de os remédios não serem suficientes para aliviar a dor. Nesse caso, coloca-se o problema da ausência de um diagnóstico corroborado por exames complementares em fases iniciais e interme-

diárias do processo de adoecimento, justificando, muitas vezes, o que alguns médicos reputam, desde a origem da discussão sobre as doenças ocupacionais, a uma invenção do quadro por parte dos trabalhadores, como encontrado também por Verthein e Gomez (2001).

Somente quando já se encontravam impossibilitados de trabalhar é que recorriam a outros profissionais, quando os problemas de saúde já estavam mais graves. Nesse sentido, o sofrimento permanece silenciado na fábrica e só aparece na forma de doença, que pode levar ao afastamento definitivo do trabalho.

Ainda assim, relatam que, quando procuravam ajuda de outros profissionais que não os da empresa ou indicados por ela, preferiam fazê-lo escondidos e em dias em que não trabalham para evitar que fossem advertidos pelos supervisores. Uma ida ao médico já é um motivo para entrar no rol dos discriminados. Os operários descrevem que, para não entrar em desavença com a indicação feita pela empresa, acabam indo aos médicos sugeridos, contudo percebem que o atendimento sempre fica aquém dos cuidados necessários aos problemas que apresentam:

Lá só tem babão, também não acreditam que a pessoa esteja doente, eles dizem que o cara não tá doente, que nem o médico que eu fui. Disse que eu tava bonzinho, podia voltar a trabalhar. Não fez exame, não fez nada! Foi indicado pela firma. Na enfermaria, eu cheguei lá com dor e pedi uma ordem pra ir pro ortopedista, ela foi botou lá e indicou, aí eu fui, mas quando eu cheguei lá ele disse isso, eu peguei e resolvi ir pra outro médico. (Homem, 20 anos)

Mandaram eu procurar um médico lá[...], o médico pegou e não faz nada, eles mandam pro médico daqui, eles não passam nada, só fisioterapia e pronto, a fisioterapia é lá na clínica dele [...] Aí eu fui lá, não sabia de nada. Ele perguntou o que eu tinha, eu disse: “Dor na coluna!”, ele disse: “Dor na coluna, tá certo! Você aguenta trabalhar?”, eu disse que não aguentava não... Ele disse: “Mas rapaz, você com um físico desse?!” Mandou eu tirar a camisa: “Você com um físico desse sentindo dor?”. “Mas doutor! Isso aqui é por fora, eu to forte por fora, mas por dentro eu sinto dor!”. Ele ficou só rindo! (Homem, 27 anos)

Um ponto muito reiterado em Oliveira e Silva (2006) remonta à “*via crucis* do trabalhador”, que tem que provar a própria doença quando da descrença dos médicos. No desejo de provar o nexo da doença com o trabalho, o trabalhador se submete à repetição de exames e à procura de médicos indicados pela própria empresa. A situação de humilhação chega a tal nível que alguns operários têm que se deslocar para a capital, João Pessoa, para fazerem novamente os exames já realizados em Campina Grande, em laboratórios e clínicas indicados pela empresa. Um operário comentou que fez exames em uma clínica e, quando foi buscá-los, alguém da empresa já os havia retirado, ultrajando o direito do cidadão, tomando-lhe o direito de pegar e ver em primeira mão o próprio exame. Isso confirma o pensamento de Barreto (2003, p. 37), ao afirmar que “a perda da saúde é acompanhada pela perda da dignidade”. Ainda é muito comum o entendimento de que o trabalhador doente, para não trabalhar, inventa a própria doença, é preguiçoso, mentiroso. Se-

gundo a citada autora, “essas afirmações decompõem o modo de ser dos trabalhadores”.

Ainda mais grave que isso é a falta de ética dos profissionais de saúde da empresa, quando omitem os agravos decorrentes do trabalho nos casos em que o trabalhador continua na sua atividade, trabalhando:

Os médicos que os atendem em ambulatórios das empresas incorrem frequentemente em problemas éticos: omitem os riscos existentes à saúde; não fornecem os resultados dos exames realizados ou cópia de prontuário quando solicitados; não notificam as doenças e os acidentes de trabalho; ignoram e ridicularizam os atestados dos colegas, responsabilizando-os pelo fato de adoecerem ou se acidentarem. (BARRETO, 2003, p. 37)

Um dos operários entrevistados na primeira etapa da pesquisa nos mostrou uma cópia do encaminhamento da médica da empresa ao setor onde ele trabalhava, indicando algumas limitações para que o trabalhador conseguisse executar sua atividade. Em seu encaminhamento, a médica atesta o agravo que acomete o operário, porém não o afasta da função. Ao contrário, manda-o de volta ao setor com um laudo descrevendo que ele tem condições de continuar o trabalho, porém com restrições da atividade, restrições estas que impedem que a atividade seja realizada naquele cargo. Publicamos abaixo, com autorização do trabalhador, o teor do encaminhamento dado pela médica da empresa:

O colaborador [fulano] encontra-se com o diagnóstico de Osteoartrose [...] com estado clínico presente, o mesmo poderá exercer sua atividade laboral com alternância de postura (em pé e sentado), sendo contra indicado o deslocamento e pegar peso e o agachamento.

Esse encaminhamento foi escrito em maio de 2004 – o operário estava afastado até a data do término da pesquisa (julho de 2007). Submeteu-se a uma cirurgia para colocar uma prótese, mas não foi bem-sucedida. O operário foi encaminhado pela Previdência Social para aposentadoria por invalidez. Ele exercia suas atividades carregando caixas para abastecer as carretas. É, no mínimo, um contrassenso dizer que não é indicado que um trabalhador pegue peso quando sua função é pegar peso. Segue abaixo o seu relato, em que ele fala com indignação da posição médica. Sua expressão facial, ao relatar tal situação, sugere incredulidade. Parecia não acreditar que fosse possível ouvir tal absurdo:

Não, logo no começo quando eles viram que eu num tava aguentando mesmo, queria botar eu numa cadeira de rodas... pra trabalhar. Numa cadeira hidráulica. Pra ir trabalhar... numa cadeira de rodas!! (Homem, 35 anos)

Só depois de passar por todo esse desrespeito, o trabalhador decidiu procurar outro profissional fora da empresa:

A médica de lá. Aí ela disse lá “é o jeito falar com [empresa] aí pra comprar uma cadeira de hidráulica”! aí foi quando eu vi, disse por lá. Aí procurei um médico. Quem é o gerente lá que ia me aceitar trabalhar com cadeira de rodas... doente? (Homem, 35 anos)

O operário percebeu que estava sendo induzido a pedir demissão:

Cadeira de roda??? Oxe, eu... Eles tava me pressionando pra eu pedir as conta, né?! Não tinha condição! (...) É pra vê a pressão, pra vê, né? (...) Eu acho que foi na pressão que ela pensou, né? Mas eu não tinha mesmo condição. Ela não chegou pra dizer assim... que... eu não tinha mais condição. (Homem, 35 anos)

O que torna ainda mais antiética a postura desses médicos é o fato de que são justamente eles que deveriam “dar a conhecer as formas de organização do trabalho geradoras de isolamento e diagnosticar à montante os sintomas de alerta” (PEZÉ, 2008, p. 42).

Outro operário relatou que sofreu um acidente de trabalho e a empresa não quis emitir a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), alegando doença comum. Essa omissão levou a um agravamento sério do problema apresentado. Os trabalhadores coagidos acabam não procurando ajuda, pois muitos se sentem envergonhados, mantêm-se defensivamente em silêncio (DEJOURS, 1992) e, para provar que não são “maricas e moles”, suportam calados as dores.

Segundo o relato desse trabalhador, o problema se agravou e ele teve que se submeter a uma cirurgia no punho. A emissão da CAT só foi possível posteriormente porque ele passou a ser portador de LER/DORT, com tendinite no punho e bursite nos dois ombros:

Depois de quase três meses é que, no caso, eu consegui emitir a CAT, aí o médico pegou, assinou e eu levei pra lá. No caso eles colocaram como auxílio doença⁵, em vez de acidente de trabalho (...) A própria Doutora (...) me disse que eu estava apto pra trabalhar, e que eu já havia entrado com essa doença lá dentro! E eu disse: “quer dizer Doutora que vocês estão contratando qualquer um doente é?” (Homem, 21 anos)

Atestado médico: uma fonte de pressão psicológica no trabalho

Os trabalhadores sofrem os mais variados tipos de pressão para dar conta da produtividade. Esse fato é claramente agravado quando adoecem. Uma forma de pressão psicológica exercida na empresa estudada e referenciada pelos trabalhadores é a questão de não apresentar atestado médico. Um funcionário é sempre bem visto quando nunca adoecer e sempre mal visto se já tiver apresentado algum atestado durante o período em que trabalhou.

⁵ O auxílio doença acidentário só é concedido pelo INSS quando a CAT é emitida pelo médico da empresa ou pelo médico particular (dificilmente um desses dois profissionais emite a CAT). As CATs são emitidas pelo Cerest ou por outras entidades capacitadas para tal. Contudo, o INSS só concede o auxílio doença previdenciário. A diferença entre ambos é que o auxílio doença acidentário, além de outras coisas, permite ao trabalhador a estabilidade no emprego por um dado período de tempo após o afastamento. As empresas, por sua vez, não emitem a CAT, porque, assim, terão um funcionário incapacitado com estabilidade empregatícia, o que não é interessante.

Durante todo o percurso de coleta de dados, o que foi mais reiterado, reafirmado, compartilhado entre os operários gira em torno dos atestados médicos. O que importa, para os gestores, “não é a saúde do trabalhador, mas a saúde necessária à produção” (RIBEIRO, 1999, p. 203). Por força dessa pressão psicológica, os trabalhadores fazem de tudo o que as suas forças físicas e psíquicas suportam para continuar trabalhando. Em nome do emprego, negam sua doença, mesmo podendo ser atestada por um médico:

A primeira vez eu pedi pro médico pra não botar atestado. Não coloquei o atestado, porque assim, você trabalha até o seu limite, muitas vezes você acha que dá pra trabalhar, eu já trazia analgésico de casa, ou em casa tomava dorflex ou até injeção, trabalhava com dor, mas teve uma hora que eu comecei a ir direto pra enfermaria. (Homem, 26 anos)

Uma vez o supervisor mesmo me disse: “É, fulano, você tem muito atestado, sabe que não pode botar esses atestados todos!” [...] “Você sabe que não pode ficar com esse monte de atestado aqui, que você se complica e não vão mais confiar em você!”. (Homem, 49 anos)

Sim... A gente passa por constrangimento, dizem que a pessoa tá com manha, diz que tá fazendo corpo mole, que a pessoa tá querendo se afastar, se encostar. (Homem, 27 anos, portador de hérnia de disco e tendinite no punho e ombros)

Nessa linha, Schatzmam et al. (2009, p. 21) afirmam:

Uma postura discriminatória pode, muitas vezes, conduzir à prática do assédio moral. Por exemplo, há relatos de pessoas que passaram a sofrer processos de assédio moral no trabalho a partir do momento em que é revelada sua orientação homossexual, ou uma doença crônico-degenerativa de que é portador (como a AIDS, o câncer, ou a LER/DORT), ou de uma vinculação política ou sindical, etc.

Segundo Barreto (2003, p. 129), os adoecidos, em particular, sabem que o caminho para o desemprego fica aberto após algum evento, principalmente com a apresentação de um atestado de afastamento do trabalho por um período maior. Mais grave ainda, o indivíduo trabalha doente pelo medo de ser demitido, principalmente porque, doente, não encontrará novo emprego. Ainda segundo a autora, “o medo de perder o emprego aumenta a dependência em relação à empresa, o trabalhador entrega-se à produção e silencia a dor”.

Outras situações de assédio moral

Os que mudam de função

Outro foco dos assédios são os trabalhadores que precisam mudar de função devido à sua doença. Essa situação os coloca em uma posição desconfortável. Ficam nas mãos dos superiores que definem onde os colocar. Nesse processo, acontece intensamente o assédio moral. O trabalhador é pressionado, coagido e constrangido e são estabelecidas atividades incompatíveis com sua capacidade física:

Tem agora rodízio, mas eu não tô conseguindo montar, porque tem que fazer mais esforço, tem que ser muito rápido a produção e eles exigem muito, eu não estava conseguindo e pedi pra mudar de função, mas eu tive que comprovar, eu não podia chegar e dizer “não estou podendo!”. Lá não tem isso não, você tem que comprovar: Eu provei que estava com um problema no ombro, não estava nem no pescoço ainda. (Mulher, 30 anos)

Essas exigências buscam fazer com que o trabalhador peça demissão. Na mudança de função, os operários são submetidos à realização de tarefas para as quais não foram contratados, sendo encaminhados para executar tarefas que eles mesmo consideram inferiores, sentindo-se, portanto, inferiores, humilhados:

Me senti envergonhado já, de varrer o chão, coisa que não tem nada a ver, de lavar o piso me botaram também, coisa que não tem nada a ver com minha função, nada! (Homem, 20 anos)

Assédio misto

O assédio moral misto se efetiva na conjunção do assédio moral vertical descendente (praticado pela hierarquia) e o horizontal (que vem dos colegas de trabalho). Hirigoyen (2006, p. 114) refere que:

quando uma pessoa se acha em posição de bode expiatório, por causa de um superior hierárquico ou de colegas, a designação se estende rapidamente a todo o grupo de trabalho. A pessoa passa a ser considerada responsável por tudo que dê errado. Bem depressa ninguém mais a suporta e, mesmo que alguns não sigam a opinião do grupo, não ousam anunciar. (2006, p. 114)

O modo como o trabalho nos grupos e nas células está organizado, bem como os incentivos – premiações prometidas para quem cumpre a produção e se destaca – criam um clima de competição entre os trabalhadores. Embora pareça um trabalho em equipe, o que se constitui entre eles é um *trabalho coletivo precário e temporário* (GONDIM, 2007). Cada um tem que dar o máximo de si para conseguir a produção, caso contrário, será repreendido individualmente e coletivamente, porque a vigilância é individual e grupal. A produção total é a soma das partes da atividade de cada posto. Nesse contexto, o assédio moral se apresenta também na sua forma horizontal. Alguns operários se sentem humilhados pelos próprios colegas de trabalho:

O setor que eu trabalho reclamam as meninas, justamente assim, elas se sentiam muito agredidas, não pelo supervisor, mas por gente que trabalha lá dentro, porque elas ficam humilhando... “Canto de doente era no INSS! Se não tem condições de trabalhar peça pra pedir as contas e vá pra casa!”. Elas reclamam, solta piadinha, porque justamente isso, até comigo mesmo. (Mulher, 40 anos)

Por fim, os que retornam ao trabalho, depois de afastados, muitas vezes, não suportam a “rejeição” sentida e sofrida pelos colegas e superiores e pedem demissão ou fazem acordos com a empresa. Ao invés de os trabalhadores se ampararem uns aos outros, é a competição

que se torna regra, gerando consequências desastrosas para quem vive aquele meio de trabalho (DEJOURS; BÈGUE, 2010). O pedido de demissão é o destino dos que não suportam as pressões e as dificuldades encontradas tanto na empresa, quanto nos consultórios médicos. Outro aspecto que provoca o pedido de demissão é quando o INSS faz a reabilitação do funcionário e estabelece o retorno daquele segurado à empresa, mas quando ele retorna, ainda se sente incapacitado para trabalhar, pois ainda sente muitas dores:

Pra não ficar mais doente ainda, e também porque eu já ia pedir as contas, ia pedir pra sair, pra não ficar mais doente, também porque é muita pressão lá. Eu não aguento não... Cobrança demais, produção, os caras babão lá, querendo ser mais que a pessoa, aí deu vontade de sair já. (Homem, 20 anos)

Em pesquisa realizada no Québec, Genest, Leclerc e Maranda (2005) falam de uma recusa, de uma fuga, uma esquivada dos que sofrem o assédio moral (humilhações, depreciações e vergonha). Para os autores:

a retirada [*retrait*] pode levar a um mecanismo de auto-proteção das pessoas que são alvo ou que podem ser. Em outras situações, ele pode designar uma cegueira voluntária de parte das pessoas que deveriam normalmente intervir. Globalmente, ele se relaciona a um recuo ou a uma falta de ação a um comportamento julgado inaceitável.⁶ (p. 1)

Os autores entendem que os operários se valem de atestados de saúde, férias prolongadas, afastamentos temporários, troca de cargos.

Podemos levantar algumas linhas de análise para o assédio moral vivido pelos operários entrevistados, dizendo que três mecanismos de tentativa de retirar-se parcialmente daquele meio de trabalho são utilizados para que continuem trabalhando:

1. Atestado médico: de fato, percebemos que há uma fuga, um alívio da tensão vivida por eles enquanto estão afastados do trabalho. Quando perguntados como está o período de afastamento, percebemos um alívio, um desabafo. Aliado a isso, paradoxalmente, a “falta” que a ausência do trabalho impõe: diminuição da libido, papel social, papel na família e, enfim, a saúde. Estar afastado do trabalho por problemas de saúde os coloca em uma posição de desequilíbrio emocional. De um lado, o alívio da dor e da pressão; de outro, o sentimento de inutilidade e incapacidade.
2. Férias: alguns esperam o momento das férias para cuidar da saúde, porquanto acreditam que podem aguardar esse momento e, ainda, que esse período seja suficiente para voltar curado. Todavia, muitas vezes, isso não funciona. Muitos relatam que é justamente nas férias que os agravos pioram. Às vezes, não estão sentindo muita dor e estranham, pois, com o advento das férias, as dores surgem. É nas férias que surge uma maior aten-

ção com o corpo e a mente volta-se mais para ele. O que antes era coberto pelo uso “necessário e quase obrigatório” de estratégias defensivas para continuar dando conta do trabalho, retorna como necessidade orgânica de cuidados. Um corpo que não estava bem, mas que se mostrava “escondido”, agora “aparece” como um corpo que precisa ser cuidado. É por isso que dizemos que o sujeito levou uma “rasteira” do inconsciente.

3. Isolamento: o isolamento não só inerente ao tipo organização do trabalho adotada (como vimos durante toda a explanação dos resultados), mas é intensificado pelo medo, isolamento imposto pela pressão, pela coação e pela humilhação de superiores e colegas de trabalho.

Em face das estratégias de defesa apontadas serem prioritariamente individuais, os trabalhadores, na maioria das vezes, só expressam seus sentimentos aos médicos: “é a individualização máxima do sofrimento e sinal de que as defesas coletivas não são mais eficazes” (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994, p. 90).

Outra atitude defensiva consiste em evitar todas as ocasiões de discussão. Os trabalhadores ouvem calados e continuam no seu processo de trabalho. Quando são cobrados, ocorre o *presenteísmo*, ou seja, fazem de tudo para permanecer trabalhando, mesmo que à custa de grande sofrimento. Voltam-se mais para seu trabalho, esforçam-se ao máximo, pois, dessa forma, evitam o contato direto com colegas de trabalho e superiores, pois estão comprometidos com sua máxima produção. Acelerar o trabalho tem um preço alto – é a transposição do sofrimento psíquico para o corpo.

Considerações finais

Neste artigo se apresentou a ocorrência de assédio moral interpessoal e assédio moral organizacional. O assédio moral organizacional mostrado neste artigo é um produto das práticas de gestão ocorridas em uma determinada empresa, calcadas em metas sempre crescentes, cobranças e vigilância constante nos locais de trabalho. A gestão adota a presença de líderes e supervisores para acompanhar o desempenho dos trabalhadores, que são avaliados minuto a minuto, hora por hora, e cobrados quando não estão no ritmo da meta a ser atingida ao final da jornada de trabalho. Este modo de gestão é coletivo, na medida em que submete todos ao mesmo processo, mas a avaliação do desempenho é exercida de modo individual visando fazer com que cada um sinta a necessidade de dar o máximo de si. Isto deixa os bem-sucedidos em uma situação de menor insegurança e os outros em uma situação de grande fragilidade, naquilo que Castel (2001) chamou de individualismo negativo, só tendo suas próprias forças para contar e sem poder se valer delas no caso de adoecimento. Apesar desse quadro ter sido descrito a partir da experiência de trabalhadores em

⁶ Tradução livre.

uma empresa, defendemos que ele se encontra disseminado no cenário empresarial, corroborando o que apresentam diversos autores como Dejours (2007), Dejours e Bègue (2010), Gaulejac (2007) dentre outros.

Através dos depoimentos pudemos perceber a ocorrência do presenteísmo em face das cobranças e das vigilâncias constantes. São trabalhadores que mesmo com dores, alguns deles já tendo sido afastado do trabalho e voltado depois, continuam exercendo suas atividades, tendo seu quadro clínico agravado e o nível de sua produtividade comprometido, além de enormes prejuízos em sua vida pessoal. O tipo de organização do trabalho empregada desgasta a saúde física e mental das pessoas, de modo que não se trata aqui de idiosincrasias daqueles que trabalham, mas da organização do trabalho, ela mesma produtora de adoecimento.

Os resultados evidenciam um quadro de assédio moral interpessoal que está bem configurado nas atitudes de humilhação e coação dos trabalhadores que não conseguem mais acompanhar o ritmo exigido. Identificamos como os trabalhadores são coagidos a não procurar ajuda médica. Procurar o médico, para os trabalhadores, pode significar a perda da capacidade e da vitalidade, que são atributos valorizados na empresa. Mais do que isto, pode levar ao desemprego. O assédio moral interpessoal gera a dúvida de procurar ou não o médico em virtude de todos os aspectos de humilhação, exclusão e pressão que recebem no ambiente de trabalho. Evidenciamos que os gestores pressionam os trabalhadores fazendo alusão ao desemprego que existe na região. O trabalhador, em geral com baixo nível de escolaridade e de formação profissional, sabe que existe uma lista de espera para ingressar na empresa e isso é utilizado contra eles.

O assédio moral interpessoal foi verificado tanto na sua forma vertical, como horizontal, mostrando a difusão de uma lógica de diminuir a outra pessoa, ficando não apenas restrita à chefia, mas distribuída

entre os trabalhadores, diminuindo a possibilidade de formação de coletivos que possam lutar pela modificação de tal quadro. O assédio torna-se evidente no caso dos trabalhadores que retornam ao trabalho depois de uma licença médica para tratamento de saúde. Nesses casos, os supervisores cobram intensamente o alcançar das metas, dizendo que aqueles trabalhadores não tinham mais condições de acompanhar o ritmo. Diante disso, ao invés dos colegas de trabalho apoiarem os adoecidos, acabavam por rejeitá-los por não conseguirem fazer a tarefa conforme as exigências da empresa.

Esta ocorrência de assédio moral interpessoal e organizacional é mais grave ainda já que é praticada contra trabalhadores com doenças relacionadas ao trabalho. Fragilizados pela doença que se instala dia a dia e lutando para continuar em atividade, os trabalhadores são vítimas de violência cotidiana configuradas nas atitudes de humilhação, exclusão, pressão etc. As consequências atingem a saúde física e mental dos trabalhadores e sua família. Na maioria dos casos analisados, os trabalhadores ou pediram demissão por não aguentarem a pressão, ou estavam em benefício previdenciário, com casos de mais de um ano de afastamento do trabalho.

A falta de uma organização coletiva de classe torna nulo o movimento de reivindicação e denúncia contra as situações de violência de que são vítimas. Os trabalhadores desconhecem o trabalho do sindicato, muitas vezes desconhecem até a existência deste. Esses trabalhadores vivem sozinhos, mesmo havendo vários deles na mesma situação, de forma que não conseguem se organizar para reivindicar mudanças. Não compartilham seus direitos e deveres, não se solidarizam um com a causa do outro. A lógica da organização do trabalho gera o silêncio entre os trabalhadores e constrói barreiras enormes para a construção de uma luta coletiva. O quadro é sombrio e por hora não parece haver perspectivas de transformação.

Contribuições de autoria

Silva, E. F.: coordenou e orientou a pesquisa, participou da discussão, da análise e da interpretação dos dados, além da elaboração e da revisão do manuscrito e da aprovação final da versão publicada. Oliveira, K. K. M.: participou do projeto, da coleta de dados, da discussão, da análise e da interpretação dos dados, além da elaboração e revisão do artigo. Zamboni-de-Souza, P. C.: contribuiu na análise dos dados, na elaboração e na revisão do manuscrito e na aprovação final da versão publicada.

Referências

ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004.

BARRETO, M. M. S. *Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações*. São Paulo: Educ, 2003.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Empregos formais (CAGED) no Nordeste*. 2010. Disponível em: <<http://estatistica.caged.gov.br/cons...10&anoCPT=2010>>. Acesso em: 18 out. 2010.

CASTEL, R. *A metamorfose da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 2001.

- COUTO, H. A.; MORAES, L. F. R. Novas perspectivas na prevenção dos distúrbios dolorosos dos membros superiores: o entendimento dos fatores de organização do trabalho e psicossociais envolvidos em sua origem. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 43-58, jul./set. 2003.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez: Oboré, 1992.
- _____. *Le Travail entre banalisation du mal et émancipation*. Oct. 2001. Disponível em: <<http://perso.wanadoo.fr/christian.crouzet/smpmp/images-SMT/DEJOURS%20oct%202001.pdf>>. Acesso em: 25 Abr. 2006.
- _____. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- _____. *A avaliação do trabalho submetida à prova do real*. São Paulo: Blücher, 2008.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- DEJOURS, C.; BÈGUE, F. *Suicídio e trabalho: o que fazer?* Brasília: Paralelo 15, 2010.
- EBERLE, A. D.; SOBOLL, L. A. P.; CREMASCO, M. V. F. Compreensões sobre o assédio moral a partir da Psicodinâmica do Trabalho. In: SOBOLL, L. A. P.; GOSDAL, T. C. *Assédio moral, interpessoal e organizacional: um enfoque multidisciplinar*. São Paulo: LTr, 2009. p. 105-138.
- FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO PARANÁ. *Principais empresas exportadoras: base 2008*. Disponível em: <http://fiepb.com.br/fluxodecomercio/arquivos/comercioexterior/informacoes_setor/Principais_Empresas_Exportadores_R3.pdf>. Acesso em: 20 set. 2010.
- FREITAS, M. E.; HELOANI, J. R.; BARRETO, M. *Assédio moral no trabalho*. São Paulo: Cengage Learning, 2009.
- FREITAS, L. G.; LIMA, S. C. C.; ANTONIO, A. C. Análise psicodinâmica do atendimento de vítimas de assédio moral no trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). *Violência no trabalho: perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica*. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2010. p. 123-137.
- GAULEJAC, V. de. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Aparecida: Idéias & Letras, 2007.
- GENEST, C.; LECLERC, C.; MARANDA, M-F. Lês conduites de retrait comme stratégies défensives face au harcèlement psychologique au travail. *Pistes*, v. 7 n. 3, nov. 2005. Disponível em: <<http://www.pistes.uqam.ca/v7n3/articles/v7n3a5.htm>>. Acesso em: 30 mars. 2005.
- GONDIM, V. T. F. *Os desdobros do trabalho: há constituição do coletivo de trabalho em uma empresa calçadista de Campina Grande?* 2007. 46 f. Monografia (Graduação)-Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2007.
- GOSDAL, T. C. et al. Assédio moral organizacional: esclarecimentos conceituais e repercussões. In: SOBOLL, L. A.; GOSDAL T. C. *Assédio moral, interpessoal e organizacional: um enfoque multidisciplinar*. São Paulo: LTr, 2009. p. 33-41.
- HIRIGOYEN, M. F. *Assédio Moral: a violência perversa no cotidiano*. 8 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.
- _____. *Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral*. São Paulo: Bertrand do Brasil, 2002.
- _____. *Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral*. 3. ed. São Paulo: Bertrand do Brasil, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Indicadores IBGE: pesquisa mensal de emprego: dezembro 2010a*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/pme_201012pubCompleta.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2011.
- _____. *Cidades: Campina Grande*. 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 25 nov. 2010.
- INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL. *Norma técnica sobre distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT*. Instrução Normativa INSS/DC Nº 98 de 05 de dezembro de 2003. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 10 dez. 2003. Disponível em: <<http://www.81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/inss.dc/2003/98.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2010.
- _____. Instrução normativa INSS/PRES nº 16 de 27 de março de 2007. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 30 mar. 2007. Disponível em: <<http://www.010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/INSS-PRES/2007/16.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2010.
- LEYMANN, H. Contenido y desarrollo del acoso grupal/moral (“Mobbing”) en el trabajo. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, v. 5, n. 2, p.165-184, 1996.
- MATIAS, M. D. *Assédio moral: humilhação e covardia no mundo do trabalho*. 2004. 34 f. Monografia (Graduação)-Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2004.
- OLIVEIRA, K. K. M.; SILVA, E. F. *O sofrimento psíquico em portadores de lesões por esforços repetitivos relacionadas ao trabalho (LER/DORT) na indústria do calçado em Campina Grande-PB*. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2006. 63p. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica (PIBIC).
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Proyecto de repertorio de recomendaciones prácticas*

sobre la violencia y el estrés em el sector de los servicios: una amenaza para la productividad y el trabajo decente. Ginebra, 2003. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/spanish/support/publ/intro/index.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

PELI, P.; TEIXEIRA, P. *Assédio moral*: uma responsabilidade corporativa. São Paulo: Ícone, 2006.

PEZÉ, M. La souffrance au travail: état des lieux. *Revue de la Gendarmerie Nationale*, n. 228, p. 37-43, 2008. Disponível em: <<http://www.defense.gouv.fr/gendarmerie/content/download/136161/1185903/file/228p37-44.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2010.

RIBEIRO, H. P. *A violência oculta do trabalho*: as lesões por esforços repetitivos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SCHATZMAN, M. et al. Aspectos definidores do assédio moral. In: GOSDAL, T. C.; SOBOLL, L. A. P. (Org.). *Assédio moral, interpessoal e organizacional*: um enfoque multidisciplinar. São Paulo: LTr, 2009. p. 17-32.

SELIGMANN-SILVA, E. Os riscos da insensibilidade. In: FURTADO, T. (Org.). *Recursos Humanos*: a

falência psicológica nas organizações. Rio de Janeiro: Editoração Ltda, 1995. p. 63-87.

_____. Acidentes de trabalho e a dimensão psíquica. Disponível em: <http://www.moodle.fmb.unesp.br/file.php?file=/52/Encontros/2010/Producao_social_dos_AT/Edith_-_ACIDENTES_TRABALHO_PSIQUISMO.pdf>. Acesso em: 19 out. 2010.

SOBOLL, L. A. P. *Assédio moral/organizacional*: uma análise da organização do trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

VALLETE, J. C. Subjectivité et action collective. *Travailler: Revue Internationale de Psychopathologie et Psychodynamique du Travail*, France, v. 2, n. 8, p. 73-86, 2002.

VERTHEIN, M. A. R.; GOMEZ, C. M. As armadilhas: bases discursivas da neuropsiquiatrização das LER. *Ciências e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 dez. 2009.

Marcelo Augusto Finazzi-Santos¹
Marcus Vinícius Soares Siqueira²

Considerações sobre trabalho e suicídio: um estudo de caso*

Considerations on work and suicide: a case study

¹ Mestre em Administração. Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

² Doutor em Administração, Professor do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

*Trabalho baseado em parte da dissertação de mestrado intitulada *Patologia da solidão: o suicídio de bancários no contexto da nova organização do trabalho*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Brasília em 2009.

Versão preliminar do trabalho apresentada no Encontro de Estudos Organizacionais (EnEO), organizado pela Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (ANPAD), no período de 23 a 25 de maio de 2010, em Florianópolis-SC.

A pesquisa foi realizada com recursos dos próprios pesquisadores.

Não há conflitos de interesses relacionados à elaboração do manuscrito.

Contato:

Marcelo Augusto Finazzi-Santos
SQS 409, bloco N, apto. 201, Brasília – DF

CEP: 70158-140

E-mail:

marcelofinazzi@hotmail.com

Recebido: 22/01/2010

Revisado: 07/02/2011

Aprovado: 14/02/2011

Resumo

As empresas vêm presenciando o suicídio de seus empregados, atribuído, de acordo com Dejours e Bègue (2010), às consequências negativas das novas organizações do trabalho. Com base no estudo de óbito de trabalhador bancário, o foco deste artigo é avaliar se o trabalho poderia ser um dos fatores relacionado à decisão de cometer-se o suicídio. Avaliou-se o significado qualitativo da morte sob o ponto de vista do irmão do suicida (ambos colegas de trabalho durante mais de 20 anos), entrevistado em 2009. Visto que esse tipo de análise produz volume significativo de dados sobre o fenômeno pesquisado, estes foram processados e analisados por meio de análise categorial. O bancário trabalhava na empresa havia três décadas e morreu em meados de 2000, faltando um ano para aposentadoria, após a esposa requerer o divórcio. O trabalho foi o contexto para compreender o processo que o conduziu à ruína familiar, à exasperação psíquica e, por fim, à morte. O caso não envolveu assédio moral, já que se tratava de empregado muito bem conceituado, mas de patologia associada à servidão voluntária, patologia essa cada vez mais estimulada como símbolo de sucesso. No ambiente de trabalho, problemas conjugais foram os fatores atribuídos como causa maior do suicídio, mais conveniente como forma de eximir responsabilidades perante o infortúnio, transferindo somente ao sujeito a culpa por conflitos pessoais ou desordens psíquicas.

Palavras-chave: suicídio; bancários; organização do trabalho; saúde do trabalhador.

Abstract

Companies have been facing suicide among their employees, which, according to Dejours and Bègue (2010), is a negative consequence of a new work organization. The focus of this study is to evaluate whether work was related to the decision of committing suicide, in a case of a bank employee. The qualitative significance of his death was evaluated from the point of view of his brother (both have been coworkers for over 20 years) who was interviewed in 2009. This analysis produced a great volume of data and information on the subject under study, and they were processed and analyzed by means of categorical analysis. The worker, who had been employed at a bank for three decades, committed suicide in 2004, just one year before his retirement and right after his wife had filed for divorce. Work was the context for understanding the process that led to the collapse of his family, to his psychological illness and, finally, to his suicide. This case did not involve bullying, since he was considered of good repute, but involved a pathology associated to voluntary servitude, which has been increasingly stimulated as symbol of success. At work, the primary cause of the suicide was attributed to marital problems, conveniently exempting responsibilities for the misfortune and blaming solely the subject for his personal conflicts or mental disorders.

Keywords: suicide; bank employee; work organization; occupational health.

Introdução

As empresas vêm presenciando ocorrências de suicídios de seus empregados, levando-se à suspeita, de acordo com Dejours e Bègue (2010), da possibilidade de interrelação entre as mortes e as formas contemporâneas de organização do trabalho. Visto que a morte autoinfligida costuma atrelar-se, na maioria dos casos, à presença de desordens psíquicas (PRIETO; TAVARES, 2005), costuma ser difícil a avaliação de outros fatores que sejam anteriores à doença mental, tal qual aqueles relacionados ao contexto laboral, como elementos desencadeadores de alguns suicídios. Não é sem motivos que Dejours (2008) assevera que, em vista de condições psicopatológicas deterioradas, especialistas costumam concluir que ao fator trabalho se relega papel secundário para a consecução do óbito. De fato, Botega et al. (2006) esclarecem que caberia diagnóstico de transtorno psiquiátrico para aproximadamente 97% das mortes intencionais, muito embora Gunnell e Lewis (2005) sejam precavidos ao alertar que doenças como depressão e esquizofrenia, por exemplo, relacionam-se, em muitas ocasiões, com comportamentos impulsivos em resposta às intempéries da vida. O desafio, por conseguinte, é extrapolar a compreensão de mortes violentas de trabalhadores, como homicídios e suicídios, para além da patologia individual, vislumbrando as patologias sociais que esses fenômenos são capazes de evidenciar.

Este estudo se orienta pela necessidade de instigar debate sobre a influência de adversidades relacionadas à organização do trabalho na decisão de alguém cometer o suicídio. Analisa-se, dessa forma, a morte de bancário após atear fogo ao próprio corpo, ocorrida na primeira metade dos anos 2000, sob o ponto de vista do irmão do falecido (ambos também foram colegas de trabalho), com objetivo de demonstrar elementos patológicos da administração contemporânea que tenham contribuído para o desfecho trágico. O setor bancário se mostra particularmente propício para o referido estudo de caso, haja vista a intensidade das reestruturações no segmento financeiro nacional (LARANJEIRA, 1997; SEGNINI, 1999), com forte impacto na subjetividade do trabalhador (MACIEL et al. 2006), tomando como referência o cenário de flexibilização do trabalho dos últimos anos (ANTUNES, 2000). De antemão, cumpre salientar que o suicídio é tema demasiadamente complexo para correlações lineares do tipo causa e efeito. O que se fará, portanto, é a análise de apenas um desses fatores, no caso, o trabalho, como interveniente para o óbito, cabendo alerta para a multiplicidade de situações relacionadas com o suicídio.

Pesquisa realizada por Maciel et al. (2006) concluiu que 4,37% dos bancários estudados (população aproximada de 425.000 trabalhadores, em 2006) apresentavam quadro de ideação suicida, constatando, ainda, alta taxa de indivíduos com problemas de nervosismo, tensão e preocupação (60,72%), transtornos de sono (42,14%), dor crônica de cabeça (37,37%),

sensações desagradáveis no estômago (33,4%), dentre outras. Quase 39% dos entrevistados relataram vivências constrangedoras no trabalho relacionadas principalmente com a chefia (excesso de trabalho, autoritarismo e foco exagerado na produção). Xavier (1998) demonstra que, entre 1993 e 1995, 72 bancários brasileiros cometeram suicídio (um a cada 15 dias), número atualizado por Finazzi-Santos (2009): foram oficialmente mais 181 óbitos entre 1996 e 2005 (um a cada 20 dias), com a ressalva de que esse tipo de morte apresenta, de acordo com Schmidtke et al. (1999), elevado índice de subnotificação. Finazzi-Santos (2009) constatou ainda que quase 80% dos bancários suicidas eram homens, 60% possuíam mais de 40 anos de idade e 52% eram casados. Além disso, as duas principais causas de afastamento de bancários para tratamento médico, de 1995 a 2008, tomando como referência o banco do estudo de caso, foram “doenças do tecido musculoesquelético e dos tecidos conectivos” (32%) e “transtornos mentais e comportamentais” (23%). Salientamos que a primeira causa também possui relação direta com a organização do trabalho em vista da elevada incidência de LER/DORT na categoria (ROSSI, 2008).

É bem provável que a maior parte dessas pessoas estivesse acometida de graves desordens psicológicas quando de suas mortes, o que não é suficiente, entretanto, para explicar parte das causas da patologia mental e o porquê de alguns terem elegido o trabalho como cenário para extinguir a vida. Suicídios no ambiente de trabalho não são mero detalhe, pois, como explica Dejours (2008), a pessoa dirige uma mensagem ao matar-se perante os colegas. Mais além, as pistas deixadas pelo falecido, como cartas, atitudes prévias, verbalizações, mudanças de comportamento, mesmo que o ato derradeiro se dê fora das paredes da empresa, são significativos para demonstrar parte das problemáticas subjacentes ao ato, evidenciando o papel de destaque, em certos casos, das condições deletérias do trabalho para o adoecimento físico e mental de trabalhadores.

Estudos sobre suicídio, via de regra, são predominantemente quantitativos e de caráter epidemiológico. Hjelmeland e Knizek (2010) demonstram que menos de 3% dos artigos publicados nos três principais periódicos em suicidologia (*Archives of Suicide Research*, *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* e *Suicide and Life-Threatening Behavior*) utilizam abordagens qualitativas. Alvarez (1999) observa que o suicídio sempre foi visto com enorme desprezo e repulsa. Embora o ato ainda continue sendo chocante, a partir da publicação do excepcional livro de Emile Durkheim, *O suicídio: estudo sociológico*, o assunto passa a ser visto como tópico digno de pesquisa séria, desenvolvendo-se principalmente sob a ótica das ciências médicas. O efeito adverso, de acordo com Alvarez (1999), é que a preocupação em objetivar tem reduzido o máximo do sofrimento humano a estatísticas áridas: o que falta nas pesquisas, porém, é a racionalização filosófica completa e cabal do ato em

si, ato esse intimamente relacionado à natureza humana, como demonstra Camus (2004). É por isso que na presente pesquisa houve aproximação epistemológica com a interpretação subjetiva (MORGAN, 1980), proposta que instiga o sujeito sob estudo a revelar suas características e natureza durante o processo de investigação.

Estudos gerenciais críticos ao *mainstream* funcional-positivista, de múltiplas vertentes teóricas, fornecem importante quadro teórico de referência para compreender-se o contexto organizacional por trás da interface trabalho e suicídio, como, por exemplo, dominação e poder (FARIA, 2007), assédio moral (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2008), sofrimento psíquico (MOTTA; FREITAS, 2000), controle da subjetividade (BRITO et al., 2006) e manipulação ideológica (PAULA, 2002). Salienta-se que a sociologia clínica (PAGÈS et al., 1993; ENRIQUEZ, 1997a), a psicodinâmica do trabalho (LANCMAN; SZNELWAR, 2008), a ergonomia da atividade (FERREIRA, 2008), a saúde mental no trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1994), apenas a título de limitado exemplo, evidenciam o caráter multidisciplinar de abordagens sobre a organização do trabalho e o sofrimento do trabalhador em suas inúmeras dinâmicas.

Embora seja vasta a literatura internacional sobre suicídio e trabalho – em contraste com as publicações nacionais –, tais estudos costumam desconsiderar as análises sociológicas das dinâmicas políticas intra ou extraorganizacionais porventura subjacentes à aludida relação, focalizando a correlação linear objetiva de suicídios por determinadas categorias de trabalhadores a partir de indicadores como idade, escolaridade, renda, estado civil, gênero, histórico de adoecimento mental, meio empregado para morte (KPOSOWA, 1999; GIBBS, 2000; STACK, 2001; WILHELM et al., 2004; MELTZER et al., 2008). Outros estudos correlacionam suicídio e contexto socioeconômico para determinar se crises econômicas ou desemprego poderiam aumentar a quantidade de suicídios (PRETI; MIOTTO, 1999; BLAKELY; COLLINGS; ATKINSON, 2003; TAYLOR, 2003; AGERBO et al., 2007). De forma geral, apontam-se como fatores de risco o estresse ocupacional, o acesso aos meios letais e o desemprego.

Por outro lado, estudos japoneses têm se mostrado particularmente importantes para a compreensão dos impactos dos novos métodos produtivos na subjetividade e na saúde do trabalhador. Nishiyama e Johnson (1997), Shields (1999), Nakao et al. (2007) e Hiyama e Yoshihara (2008) atribuem explicitamente as ocorrências de suicídios de trabalhadores ao excesso de estresse psicológico relacionado às penosas condições laborais, o que está se agravando em decorrência das rotinas de enxugamento de pessoal. O resultado são menos pessoas realizando mais tarefas para compensar a redução dos quadros (*downsizing*), com o conseqüente aumento da jornada de trabalho e a diminuição das horas livres. Alertam, inclusive, que dois fenômenos relacionados à organização do trabalho – *karoshi* (morte por excesso de trabalho) e *karojisatsu* (suicídio por excesso de trabalho) – tornaram-se graves problemas de saúde pública, merecendo atuação incisiva das

entidades governamentais e responsabilização judicial por parte das empresas envolvidas com os óbitos.

Há trabalhos de natureza prescritiva que abordam procedimentos para minimizar a possibilidade de suicídios nas empresas. Embora seja relevante fornecer subsídios práticos para que administradores atuem no sentido de evitar tragédias, cabe salientar que essas abordagens ignoram peremptoriamente qualquer tipo de análise dos fundamentos sociais negativos que estão na origem da indução ao suicídio. Ou seja, fornecem meios paliativos para administrar as consequências inerentes à precarização do trabalho basicamente por meio do gerenciamento do estresse, além de deslocar o foco dos problemas estruturais intrínsecos aos métodos produtivos para o sujeito (culpabilização do trabalhador). Exemplo disso é a recomendação de Bedeian (1982) que, a partir de referências publicadas sobre ocupação e suicídio, assevera a necessidade de aprimorarem-se os métodos de seleção de pessoal, nos casos de profissões com elevadas incidências de suicídio, buscando-se sujeitos com forte estabilidade emocional para suportar as asperezas do labor diário.

De qualquer forma, Bedeian (1982) sugere medidas interessantes, como capacitar os empregados para que reconheçam sinais de depressão e aceitem as próprias limitações, além de ressaltar que programas organizacionais preventivos em saúde mental, com protocolos definidos para atuação durante crises, são importantes para que as pessoas se sintam encorajadas a buscar ajuda em caso de dificuldades emocionais. Goldman e Schmalz (2003) alertam sobre o auxílio a ser prestado aos empregados com ideações suicidas, reforçando a empatia necessária ao ouvinte em compreender a dor alheia (sem, entretanto, invadir a privacidade do confidente), para, em seguida, oferecer a esperança de que soluções para os problemas podem ser encontradas. Caso as dificuldades façam alusão ao trabalho, as autoras aconselham que se tomem iniciativas concretas para solucioná-las, reforçando que sinais de desequilíbrio mental ou desesperança demandam encaminhamento ao serviço médico.

E quando o colega comete o suicídio? A partir da morte inesperada de uma enfermeira, Clements et al. (2003) sugerem reuniões comunitárias entre os companheiros de trabalho, conduzidas por profissionais habilitados, com objetivo de promover plataforma para superação dos pensamentos e sentimentos resultantes do episódio traumático. Os autores orientam abordar tópicos que encorajem as pessoas a reconhecerem que a dor sentida é real, na medida em que se lamenta a perda de alguém tão próximo, dor essa que costuma manifestar-se de diversas maneiras (física, emocional e espiritualmente). Recomenda-se, por oportuno, estímulo às pessoas para lutar contra o estado de solidão, evitar se culparem pelo ocorrido e procurar auxílio especializado, caso haja dúvidas com o próprio bem-estar e segurança.

Em muitos casos, suicídios são evitáveis: dificuldades para perpetrar o plano de morte costumam contri-

buir significativamente para demover o potencial suicida de seu intento. O que se tem feito, todavia, quando o colega denota conduta anormal sem razão aparente? Berman (1993) descreve o caso de uma trabalhadora cujo rendimento profissional começa cair bruscamente, em curto tempo, somando-se a estranhas mudanças de comportamento, incompatíveis com o seu habitual modo de ser. Ao constatar que a moça passava por sérias dificuldades, seja de ordem pessoal ou profissional, a empresa poderia ter adotado postura mais ativa, demonstrando solidariedade e encaminhando-a para avaliação médica. O fato é que os colegas de trabalho e os superiores passaram a ignorá-la, cogitando, inclusive, a sua demissão: o desfecho foi a morte após precipitação do prédio em que morava.

Na verdade, não são apenas as empresas que estão despreparadas para lidar de forma respeitosa e humana com potenciais suicidas. Sampaio e Boemer (2000), apoiados em suas experiências no mundo hospitalar e no Centro de Valorização da Vida, concluíram que os profissionais da saúde têm demonstrado despreparo no auxílio aos sobreviventes de suicídios, demonstrando desprezo, agressividade e preconceito.

Dejours e Bègue (2010, p. 47) são enfáticos ao atribuir a multiplicação de suicídios não apenas à injustiça ou ao assédio moral nos ambientes corporativos, mas, sobretudo, ao silêncio daqueles que se calam frente ao sofrimento alheio:

Ser traído pelos colegas, pelos próximos, é mais doloroso do que o próprio assédio moral. Assediada, mas se beneficiando do apoio moral e da atenção dos outros, a vítima resiste muito mais psicologicamente.

Esses autores consideram três fatores no cerne da desagregação do mundo social do trabalho e do rompimento dos laços de solidariedade, que são os programas de qualidade total, a avaliação individualizada dos desempenhos e o privilégio do “gerencialismo” (ênfase nos números e na objetividade) sobre os valores do trabalho (ênfase na qualidade e na cooperação). A exacerbação do individualismo decorre do conjunto de mudanças estruturais nos sistemas econômicos e produtivos a partir da década de 1970, conduzindo à difusão do toyotismo como paradigma preponderante para a expansão do capitalismo industrial e financeiro (LIPIETZ, 1991; DRUCK, 1999).

É provável que Xavier (1998) seja o primeiro autor nacional a realizar um estudo completo sobre o suicídio exclusivamente a partir do enfoque do trabalho ao avaliar mortes ocorridas em instituições financeiras durante a primeira metade da década de 1990. A tese do autor é que a pressão por resultados e o autoritarismo como instrumento gerencial acirram os conflitos de poder e estão na origem da depressão entre bancários. Os medos (assalto, adoecimento, demissão), a servidão voluntária (traduzida sob o conceito de “empregabilidade”), o enfraquecimento dos sindicatos, a pressão para o cumprimento de metas desafiadoras e, por fim, as ameaças sem limite compõem cenário em que a nulidade de si mesmo emerge como síndrome dos tempos contempo-

râneos. Não é sem motivos que as pessoas optam por se matar, em certas ocasiões, exatamente no mesmo ambiente em que vislumbravam construir uma vida feliz.

Bilhete deixado por um bancário que se enforcou com a gravata no banheiro do local de trabalho, de acordo com relato de Benevides (2002, p. 89), é bastante ilustrativo:

Não agüento mais trabalhar no Banco. É muita pressão. Sempre procurei fazer as coisas mais certas possíveis mas o Banco mudou e sinto-me desamparado. Não existe qualquer falcatura e nunca roubei nada do Banco. Apenas o fardo está muito pesado para mim. No ano passado fiz tratamento psiquiátrico e não melhorei. Espero que minha família entenda que eu escolhi esta atitude e me perdoe. Estou doente. Não sei viver assim. Perdão.

Jinkings (2002) igualmente avalia o cotidiano do bancário permeado de insegurança, estresse e medo, principalmente após o aprofundamento dos processos de reestruturação produtiva que instauraram tensão nos diversos setores. São relatados casos de distúrbios osteomusculares, estresse, depressão, angústia, tensão, alcoolismo, como resultado de jornadas longas, extenuantes e ritmos de trabalho intensos. Programas de nítida inspiração toyotista, como aqueles que preconizam a qualidade total e a remuneração variável, instigam a máxima produtividade e exacerbam o individualismo, aprofundando os mecanismos de controle da subjetividade e o poder das organizações sobre o sujeito, convertendo a gestão do medo em gestão do afetivo – o que se vende é a imagem da empresa “democrática” e “participativa”. Rodrigues (2004), de forma semelhante, faz relato contundente da dramática condução de projeto de ruptura cultural instituído em um banco público cuja marca seria o programa de desligamento em massa como representação ritualística do rompimento com o passado e do prenúncio de novas relações de trabalho, mesmo que ao custo do terror permanente.

Feitas essas considerações teóricas, passemos à investigação do suicídio.

Percurso metodológico

No presente estudo, o foco é o significado qualitativo do suicídio de um trabalhador bancário, visto que esse tipo de análise produz grande volume de dados e informações sobre o fenômeno pesquisado, permitindo-se compreender a subjetividade inerente aos sujeitos e ao contexto em que ocorreram os fatos. Conforme ressaltam Strauss e Corbin (2008, p. 24), a pesquisa qualitativa procura: “[...] obter detalhes intrincados sobre fenômenos como sentimentos, processos de pensamento e emoções que são difíceis de extrair ou de descobrir por meio de métodos de pesquisa mais convencionais”, mostrando-se, portanto, perfeitamente adequado às características desta pesquisa.

Trabalhar com suicídios requer esforços adicionais do pesquisador por meio de investigações que normal-

mente se baseiam em autópsias psicológicas para perscrutar a intimidade do falecido (HAWTON et al., 1998). Trata-se de método indireto, baseado em entrevistas com informantes próximos à vítima, auxiliando na reconstituição dos acontecimentos que desembocaram no óbito. Salienta-se, entretanto, que não foram utilizados instrumentos clínicos típicos de tal técnica nesta pesquisa visto que a finalidade foi avaliar a evolução dos fatos sob a ótica de testemunha privilegiada, articulando esses fatos com interpretações ativas e inclusão do ponto de vista dos pesquisadores.

Significa, portanto, que não houve o tradicional afastamento sujeito-objeto, típico dos métodos nomotéticos e das autópsias psicológicas, pois se buscou não apenas observar distanciadamente o fenômeno, mas compreender e atribuir significado às declarações do entrevistado, aproximando-se da fenomenologia hermenêutica heideggeriana (RAY, 1994; HEIDEGGER, 2005). Nessa vertente, as realidades se constituem a partir das experiências pessoais e da visão de mundo do indivíduo, de modo que as premissas e as percepções dos pesquisadores estiveram presentes em todo o estudo, da seleção do tema, passando pela escolha do referencial teórico, até as análises e as considerações quanto às categorias propostas pelos juízes. As múltiplas abordagens fenomenológicas têm se mostrado promissora alternativa metodológica para pesquisas em ciências sociais aplicadas, como demonstram Pava Júnior e Mello (2008).

Neste artigo, os nomes das pessoas, do banco e dos setores citados são fictícios para assegurar o anonimato dos participantes e da empresa.

Este estudo foi realizado a partir do ponto de vista de uma testemunha privilegiada do processo que culminou na morte do bancário. Escolheu-se o caso do suicídio de Carlos*, dentre outros que os pesquisadores tiveram acesso, pois a testemunha, além da relação de parentesco (irmão), também fora colega de trabalho do falecido por duas décadas (compartilhavam o setor), circunstâncias que lhe conferiam visão apurada sob os contextos pessoal e profissional resultantes na morte. Apesar de o estudo centrar a história do bancário falecido, as consequências do episódio na vida do entrevistado também foram avaliadas, visto que forneceram dados importantes para a compreensão das relações de trabalho.

Trata-se, portanto, de estudo de caso, método apropriado para pesquisas em que há pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Cabe ressaltar que a abordagem qualitativa se ocupa de detalhes sobre processos complexos, como experiências pessoais, comportamentos, emoções, sentimentos, movimentos sociais, práticas organizacionais, fenômenos culturais, ou seja, a subjetividade que é própria do ser humano e que os métodos convencionais não captam com tanta acuidade (STRAUSS; CORBIN, 2008). Dessa forma, a preo-

cupação é com o volume significativo de informações que alguns poucos sujeitos são capazes de representar sobre o fenômeno em estudo, sendo razoável, dessa forma, o uso de amostra não probabilística intencional (GASKELL, 2002).

O episódio, ocorrido em uma grande cidade em meados de 2000, foi descoberto após breve relato de delegado sindical. Em seguida, manteve-se contato telefônico com o irmão da vítima, convidando-o a participar de entrevista sobre a vida e o trabalho do suicida, bem como suas impressões pessoais sobre os motivos do óbito. Ambos trabalhavam no Banco "X"*. Em vista dos sentimentos que poderiam ser suscitados durante o encontro, principalmente em função das vivências negativas, a entrevista foi realizada em local previamente agendado, em fevereiro de 2009, escolhido pelo irmão do falecido, como forma de deixá-lo à vontade para relatar suas experiências. Antes da entrevista, forneceu-se ao entrevistado oportunidade de obter todos os esclarecimentos que julgasse necessários sobre o estudo. Assim, a entrevista foi realizada com Gustavo*, irmão de Carlos (o bancário suicida).

A entrevista foi gravada e transcrita na íntegra, mediante consentimento formal de Gustavo, com duração de duas horas. O roteiro semiestruturado da entrevista seguiu proposta de Mendes (2007), priorizando a investigação de quatro temas: (a) contexto do trabalho; (b) sentimentos no trabalho; (c) estratégias de enfrentamento da organização do trabalho; (d) patologias sociais decorrentes da organização do trabalho. Apenas pequenas inserções foram realizadas durante o encontro, visto que se pretendeu deixar que o entrevistado transcorresse livremente sobre os temas propostos. Esse procedimento objetivou não direcionar as suas respostas – principalmente quanto à possível vinculação entre o trabalho e o suicídio – para que os sentimentos relatados fossem os mais fidedignos possíveis.

O tratamento dos dados foi realizado por meio da análise do núcleo de sentidos proposta por Mendes (2007), técnica derivada da análise de conteúdo de Bardin (1977). O método se baseia na inferência interpretativa, induzindo o pesquisador a desvendar o escondido, o não dito, os significados implícitos das mensagens cujo conjunto de documentos submetidos aos procedimentos analíticos (corpus) deve ser avaliado à luz das regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Procura-se agrupar o conteúdo manifesto e oculto a partir da repetição de certos temas presentes na entrevista, permitindo a criação dos núcleos do sentido.

Dois juízes – psicólogo e administrador –, habituados com a técnica criaram as categorias que foram descritas na seção "Revelações do campo". Para tanto, o caminho percorrido foi: (a) leitura da entrevista; (b) marcação das verbalizações que se destacavam; (c) re-

* Nome fictício.

petição de tais verbalizações; (d) delimitação de fenômenos para um tema em comum, ou seja, assuntos que surgiam com base no conjunto de verbalizações com significados similares; (e) criação das categorias a partir do conjunto de fenômenos coerentemente articulados.

O procedimento se mostrou apropriado para o tratamento dos dados obtidos na pesquisa de campo, visto que se trabalhou com entrevista que revelava o sofrimento subjetivo por meio de verbalizações impregnadas de significados psicológicos latentes e manifestos, sobretudo contraditórios e repletos de mediações. Os resultados apontados pelos juízes puderam ser analisados, na sequência, pelos pesquisadores. Trata-se, portanto, de duplo processo hermenêutico em que os juízes e os pesquisadores interpretam a análise (versão) que apresenta Gustavo sobre a morte do próprio irmão.

Salienta-se que o projeto contendo a pesquisa integral, incluindo a fase descrita neste artigo, foi previamente submetido ao Comitê de Ética vinculado ao Instituto de Ciências Humanas da universidade de realização da pesquisa, recebendo parecer favorável.

Revelações do campo

Carlos ingressara no Banco “X” com menos de 20 anos de idade, em meados da década de 1970. Quando da morte, possuía formação em ciências exatas, com especializações na área. Ocupava cargo técnico de relevância. No local trabalhavam centenas de empregados, muitos dos quais treinados por ele, visto que também atuava como tutor dos novatos. Sob sua responsabilidade estavam projetos estratégicos, de forma que sua experiência lhe conferia prestígio e contato direto com a cúpula da empresa, além de acesso a informações a partir de sua própria residência, prerrogativa conferida a poucos, possibilitando-o trabalhar ilimitadamente nas importantes missões que lhe eram confiadas.

Categoria-síntese 1 – Trabalho versus família: conflitos à vista

Verbalização representativa:

Se você falar pra ele: ‘estou te pedindo isso hoje. Eu preciso desse resultado amanhã de manhã...’. Ele virava a noite. Era tanto, que ele tinha acesso da casa dele. Ele ia pra casa dele e, da casa dele, ele trabalhava. Ele virava a noite trabalhando. Trabalhou... muitas vezes, muitas noites. Ele não trabalhava 8 horas. Ele trabalhava 24 horas. Não só vestia a camisa, não: vestia o ‘macacão’. Era um profissional excelente.

O filho dele [de Carlos] tem uma mágoa de que em algumas ocasiões o pai deixou de estar presente... ele levou a família para um balneário... por várias vezes levou a família pra lá e voltou para trabalhar em férias. Em férias. Não foi uma nem duas vezes, não.

A dedicação integral ao trabalho é a marca preponderante de Carlos. Para tanto, cada projeto é encarado com seriedade máxima, de tal forma que as suas ener-

gias são centralizadas em vista dos resultados esperados. Dessa forma, a jornada de trabalho se estende muito além do horário previsto, incluindo os fins de semana e – comumente – as férias. Tal dedicação vem dos tempos do colegial, quando já se centrava nos desafios escolares com garra e persistência meticulosa. Sozinho, é capaz de executar tarefas normalmente delegadas a vários empregados, tamanha é a capacidade de concentração empenhada em seus afazeres. As relações familiares, entretanto, gradativamente se deterioram à medida que as exigências profissionais consomem o escasso tempo disponível para convívio com os entes próximos. Carlos nutre verdadeiro sentimento de amor pela família, é bem verdade. Orgulha-se dos filhos, estudiosos e afetos às ciências exatas, como ele. Pretende continuar com o casamento, tentar uma reconciliação com a esposa, corrigir as longas ausências daqueles últimos tempos.

Categoria-síntese 2 – Separação conjugal e insensibilidade da chefia: prenúncios de uma tragédia

Verbalização representativa:

Só que você tem que levar em consideração o mês que ele começou a buscar locais pra trabalhar no mesmo setor e, cada vez que ele encontrava um lugar pra trabalhar, o chefe dele dizia que não liberava. E isso foi por várias vezes. Eu diria que pela competência dele... aí, o que faziam? Não deixavam ele sair. Em apenas três meses, se não me engano, foram cinco vezes. Cinco negativas [para mudança de setor]. Na última vez ele saiu do local de trabalho e foi até à sala do superior. Lá tiveram uma discussão – e foi uma discussão bem pesada. Os dois gritaram, gritaram muito. Só não se bateram.

Carlos tenta manter o casamento. Sugere a terapia de casal, planeja a aposentadoria para o ano seguinte. Seria a oportunidade de centrar-se na família e recuperar o tempo perdido. As noites, os fins de semana e as férias não seriam mais dedicados aos sucessivos projetos da empresa. Poderia continuar trabalhando, contratado como prestador de serviços. Nada, porém, que lhe exigisse o mesmo ritmo frenético de antes. Poderia dosar melhor o tempo. Mas não há mais tempo: a esposa se decide pelo divórcio. Os sentimentos saudáveis derivados da recente perda afetiva, contudo, conduzem-no à tentativa de assegurar que a separação seja definitiva, inclusive de “corpos”. A separação está sendo bastante dolorosa. Por questões relacionadas à reorganização interna de setores, Carlos é obrigado a conviver com a ex-esposa, por conta da proximidade dos locais de seus empregos. Para tanto, requisita a permanência no prédio antigo, em outro cargo. A competência profissional lhe abre as portas e as oportunidades surgem naturalmente. São muitos convites para remoção. Poderia escolher o local, pois as vagas estão disponíveis. A dedicação irrestrita ao trabalho, entretanto, é utilizada como justificativa para ter sucessivas propostas negadas. Carlos se desespera. Dedicara-se exaustivamente à organização durante quase 30 anos.

Naquele momento difícil, sente-se desamparado. Tra-va severa discussão com os superiores, exige satisfa-ções: seria o momento de requerer a contrapartida pela subordinação que lhe custava a família. Seus ape-los são ignorados, determinando-se que acompanhe o restante da equipe na mudança de prédio. É possível que, pela primeira vez, Carlos se revolte contra uma ordem recebida a ponto de negar seu cumprimento e bater de frente com os mandatários. A mente aturdida parte para o confronto. Perdeu a família. Qual seria, então, o sentido do trabalho, daquela dedicação ili-mitada? Com a separação consumada, seria tudo ou nada: remoção de setor ou demissão. O desespero, po-rém, atinge proporções inimagináveis.

Categoria-síntese 3 – Suicídio

Verbalização representativa:

Ele queria pedir demissão do banco e, naquele mo-mento, ia pedir demissão do banco e estava faltando pouco para ele completar 30 anos de serviço. Ele só me falou assim: 'Acabou! Eu vou pedir demissão do banco amanhã'. Só falou isso pra mim. Eu falei: 'Que é isso, rapaz? Nós já conversamos, você estava mais tranquilo'. E ele disse: 'Acabou, eu não trabalho no banco um dia sequer.' Volto a dizer: foi exatamente... ele faleceu exatamente no dia em que completou 29 anos de banco. Então, ele morreu no dia em que com-pletou 29 anos de banco. Segundo consta no inquérito policial, ele comprou gasolina no posto de combustí-vel e jogou a gasolina no corpo. Eu sei o seguinte: ele teria jogado gasolina no corpo... e ateou fogo.

E... quem encontrou ele [Carlos] foi um carro que ia passando, que viu aquela cena de ele correndo com fogo de um lado para outro, correndo em círculos, nessa corrida ele tropeçou e caiu. A pessoa tentou apagar o fogo com o extintor de incêndio. Como não foi suficiente pra apagar, ele pegou a jaqueta e co-briu o corpo. Ele teria dito à pessoa que o socorreu, que perguntou quem foi que fez aquilo com ele, e ele teria dito que foi ele mesmo. E, aí, a pessoa, não satisfeita, ainda perguntou, pra saber... de repente, ele estava delirando. Indagou de novo e ele teria respon-dido, pela segunda vez, que foi ele mesmo, a pessoa perguntou o porquê e ele disse: 'porque eu quis'.

Carlos decide que não trabalharia na empresa um dia sequer. Falta-lhe meses para a aposentadoria proporcional, mas a situação se torna insustentável. O fato é revelado ao seu irmão, adquirindo importante significado: a vontade de abandonar o emprego evidencia o vínculo entre o tra-balho e os dramas familiares, os quais estiveram intima-mente relacionados ao longo dos anos. O segundo aparece como resultado direto do primeiro. Não é à toa que, con-sumada a separação conjugal, o bancário se indigna com a empresa, já que toma consciência da relação subserviente de anos a fio e, em seguida, por razões práticas, quando tem negado os pedidos para remoção. Por isso a decisão radical: demissão, apesar de faltar tão pouco para a apo-sentadoria. Apesar da costumeira estabilidade psicológi-ca, sente-se fragilizado. Precisava apenas de um pouco de empatia naquele momento. Não obteve. Os ânimos exalta-dos da discussão áspera que manteve com os superiores,

na parte da manhã, contribuíram para que, no início da noite, também brigasse com a família, comportando-se de modo agressivo. Carlos está transtornado, fora de si, irre-conhecível. Profissão e família: seria possível separá-las? É provável que Carlos tenha descoberto que os fios con-dutores de uma e outra estavam irremediavelmente entre-laçados. Às 19 horas Carlos liga para Gustavo e comunica que pediria demissão no dia seguinte. Desliga o telefone, tornando-se incomunicável, e parte para seu destino. Poucas horas mais tarde, encharca-se com gasolina, em avenida próxima à residência, e atea o fogo. Esse compor-tamento se relaciona com formas extremas de punição e protesto, símbolo da dor máxima que o corpo pode sen-tir. Não há como permanecer inerte perante a imagem de uma pira humana. O sentimento de aflição é inevitável. A autoimolação exterioriza, por meio da violência brutal contra o próprio corpo, uma dor imperceptível, mas que arde por dentro com muito mais intensidade do que as labaredas visíveis. Morre horas depois, com queimaduras de terceiro grau em quase todo o corpo. Foi a sua forma de protesto e, por que não dizer, de autopunição. As pessoas desejam amenizar as dores da morte. Carlos, por sua vez, prefere padecer na carne o suplício das chamas.

Categoria 4 – Dor e silêncio: ensurdecido silêncio

Verbalização representativa:

É o que falei pra você: houve uma reunião [da cú-pula], que era a orientação do Banco sobre o proce-dimento de todo mundo lá no setor. Ninguém me perguntava o que foi que aconteceu. Assim, uma coisa normal... sabe... aconteceu um acidente... 'Mas, como é que foi? O que aconteceu?' Ninguém me per-guntou nada. Era como se nada tivesse acontecido no mundo. Aquelas pessoas mais próximas me deseja-ram os pêsames e só. Ninguém me perguntou o por-quê. Bom, é... não me entregavam mais nenhum ser-viço... os serviços eram entregues a outros colegas do setor. Eu batia o cartão e ficava ali. Depois, passado um mês, um colega veio falar comigo: 'Mas, como é que você consegue ficar aí se ninguém fala contigo?'

Horas depois do óbito, os executivos se reúnem para tratar do ocorrido. A pauta da reunião, porém, é manti-da em segredo, mas o conteúdo chega ao conhecimento de Gustavo por meio de canais informais. No trabalho não se toca no assunto. Ninguém da ativa comparece ao velório, apenas aposentados. Os colegas de setor e os chefes igualmente ignoram o óbito, estabelecendo-se pacto de silêncio e cumplicidade para que ninguém se comprometa. As pessoas passam a negar, inclusive, que a acalorada discussão entre Carlos e os superiores tenha ocorrido. Os demais setores da empresa, incluindo o de-partamento de recursos humanos, também ignoram os acontecimentos, da mesma forma que as entidades sin-dicais e a imprensa. A polícia é pressionada a concluir as investigações com a maior brevidade possível. Ninguém ousa questionar Gustavo sobre os motivos daquele ato tão extremo, visto que o medo e a possibilidade de retaliações, no trabalho, são reais. Gustavo é isolado, não re-cebe tarefas, talvez pelo fato de agir no sentido de que o inquérito policial não seja concluído sem que ao menos

os administradores do banco sejam ouvidos. O serviço médico da empresa o encaminha friamente para o setor de assistência mental, sem que a médica lhe dê qualquer explicação ou lhe dirija o olhar. Gustavo se descreve como uma “peça substituível”, relegado ao esquecimento, da mesma forma que a memória do irmão.

Análises e considerações

O destaque no caso é a relação dúbia entre a família e o trabalho. Pelo fato de ter assumido as responsabilidades profissionais como prioridade, os conflitos familiares se acentuam ao longo dos anos. Carlos acreditava nos valores do Banco “X”, internalizando-os como pilares de sua vida. Portanto, não questionava o fato de trabalhar além do expediente, abdicar dos fins de semana ou das férias, evidenciando o indivíduo ideologicamente subjugado e dependente da empresa para ser feliz (TRAGTENBERG, 1985; FREITAS, 1999). Ingressara na empresa em uma época, na década de 1970, em que as relações de trabalho eram tipicamente paternalistas. Pelo menos foi essa a imagem disseminada no setor bancário antes das reestruturações que resultaram na intensificação do trabalho e na instabilidade dos empregos. De qualquer forma, Carlos era remanescente de uma geração subjetivamente doutrinada para nutrir relação afetiva com o trabalho (ENRIQUEZ, 1997a).

A família girava em torno dele, que, por sua vez, administrava a vida em decorrência das obrigações profissionais. A sua dedicação era motivo de segurança e tranquilidade para os superiores, os quais nele depositavam confiança irrestrita. A introspecção dos valores presentes no discurso oficial da empresa estava fortemente arraigada em seu caráter, induzindo-o à adesão irrestrita ao projeto organizacional (SIQUEIRA, 2006). Enquanto os demais empregados ajustavam a tarefa à jornada de trabalho, Carlos ajustava a jornada de trabalho à tarefa, mesmo que, para tanto, fosse preciso valer-se das horas de repouso, dos fins de semana ou das férias. Essa obstinação lhe conferiu condição diferenciada em relação aos demais, sendo-lhe designados apenas os projetos de suma importância. A total mobilização subjetiva do bancário, por parte da organização do trabalho, exacerbava o espírito individualista, conduzindo-o a dedicar-se com maior afinco às suas atividades e, por conseguinte, ao plano de lucratividade da empresa (GRISCI; BESSI, 2004).

Carlos nem sempre estava em casa para dedicar a mesma atenção à esposa e aos filhos e, mesmo quando estava no lar, comumente se envolvia com tarefas pendentes de finalização. Com o tempo, o desgaste desse modo de vida pode ter tornado a relação com a esposa insustentável, favorecendo comportamentos indesejados de raiva, hostilidade e relacionamento interpessoal insatisfatório, típicos de sujeitos *workaholics* (MOTA; TANURE; NETO, 2008). O processo é bastante traumático. Os anos de dedicação incondicionais detonam processo de raiva contra si mesmo pelo fato de não ter sido capaz de dosar adequadamente as obrigações pro-

fissionais e familiares. Igualmente se exaspera contra a devoção irrestrita ao trabalho, causa típica de sofrimento psíquico em profissionais atribulados com rotinas estafantes (ALMEIDA; MERLO, 2008).

O excelente histórico profissional lhe abriu muitas portas para remoção, as quais foram fechadas pelos superiores sob a justificativa de que sua competência era indispensável ao bom funcionamento do setor. Assim, apesar do discurso amplamente veiculado de responsabilidade social e respeito aos “colaboradores”, as negativas de transferência demonstraram que o seu valor era mensurado em função da resiliência em amainar seus problemas familiares em prol dos interesses instrumentais da empresa (LEITÃO; FORTUNATO; FREITAS, 2006), evidenciando a distância entre o discurso bem-intencionado e as práticas organizacionais subordinadas às considerações estritamente pragmáticas (SARAIVA; IRIGARAY, 2009).

Carlos, sozinho, desempenhava múltiplas tarefas, que – em situação normal – seriam realizadas por uma equipe. Sua rigidez moral em cumprir as obrigações com qualidade, por razão óbvia, escasseava o tempo livre. Dejours (2003) assegura que os empregados, nas novas organizações do trabalho, são compelidos a decisões perversas: trabalhar mal para dar conta de todas as tarefas, à custa de prejuízo ao senso de responsabilidade moral, ou trabalhar bem, à custa de graves prejuízos à saúde física e mental. Conforme os problemas familiares se intensificavam, reavaliava os valores pessoais e a carreira, dando-se conta de que se comportara como um funcionário excepcional, mas à custa da felicidade. É bastante revelador, dessa forma, que ele tenha decidido demitir-se da empresa ao ter os requerimentos negados. Não seria razoável esperar que alguém, a poucos meses da aposentadoria, abandonasse o emprego. Carlos se destacava pelo espírito prático e racional de suas decisões, típico de pessoas afetas à exatidão dos números. Seu raciocínio era lógico e coerentemente linear, conforme assevera Gustavo. Para que, então, desligar-se tão abruptamente daquele emprego estável, que lhe proporcionava inúmeros benefícios sociais e um salário suficiente para manter um padrão de vida confortável? Provavelmente tenha percebido que se tratava de mero objeto manipulável, literalmente um “recurso” humano, fenômeno típico da supremacia da racionalidade instrumental na gestão contemporânea (GUERREIRO RAMOS, 1981; ENRIQUEZ, 1997b).

O bancário incorporou como seu o imaginário difundido pela empresa, transformando-a em objeto de amor e identificação (PAGÈS et al., 1993). Por isso a decisão radical: pedir demissão. O casamento com a esposa estava desfeito. O casamento com a empresa também estava desfeito. Arruinaram-se ao mesmo tempo. Do modo mais doloroso, percebeu que, no embate com a organização, a correlação de forças é desproporcional. O amor devotado à empresa não era correspondido com a mesma intensidade: o controle ideológico e as estruturas psíquicas de dominação resultaram em quadro de servidão voluntária (CALGARO;

SIQUEIRA, 2008). Sacrificou-se, renunciou em nome da glória e do triunfo, traduzidos não apenas em um cargo de responsabilidade, mas, principalmente, no regozijo decorrente do ilusório reconhecimento daqueles que o rodeavam. Carlos não costumava transgredir, enquadrando-se costumeiramente às regras, observa Gustavo. Participava prazerosamente do jogo da empresa, fazendo parte do clube de raros. Por isso buscava ser o melhor, renunciando a si mesmo na tentativa de superar-se: a motivação não era o trabalho, em si, mas a obrigação de ser e agir como vencedor (FREITAS, 1997; HELOANI, 2003). Carlos personificava o indivíduo útil, dócil e disciplinado ao trabalho (FOUCAULT, 1987), tão caro às organizações.

Carlos tinha em Gustavo o irmão e amigo, mas, mesmo para este, não confidenciou qualquer ideiação mórbida. Conversavam sobre a morte, mas em outro contexto. Carlos manifestara que, quando morresse, pretendia ser cremado para não importunar as pessoas com os trâmites do enterro. Talvez nesse ponto resida parte da explicação para ter optado pela imolação por fogo. Não é fácil conceber esse tipo de morte, método dolorosamente lento e cruel de extinguir a vida (PAIVA, 2006). De qualquer forma, a conjugação de dois fatores, no mesmo dia, parece ter sido crucial para impulsioná-lo ao óbito: as agressivas discussões com os superiores e com os familiares.

Consideramos provável que a decisão de cometer o suicídio se alimentava em seu íntimo, tornando-o apto a executar algum plano oculto em decorrência dos acontecimentos vindouros. Quando o sofrimento mostra a sua face mais escura, não há hesitação. A data do suicídio e a decisão de desligar-se da empresa podem ser interpretados como indícios da forte mobilização do trabalho na psique do falecido, tratando-se de significativas mensagens quanto ao doloroso sofrimento afetivo que se encontrava, originados do sentimento de solidão perante a comunidade do trabalho (DEJOURS, 2008).

No dia seguinte, quando agonizava as últimas horas de sua vida, o alto escalão do banco se reuniria para as primeiras tratativas quanto ao assunto. Silêncio mórbido toma conta do setor, relata Gustavo. Os empregados têm medo de externar qualquer tipo de reação, apesar de tratar-se de colega muito conhecido. Havia uma espécie de acordo para blindar aqueles que dificultaram as remoções de Carlos, de forma a transferir o foco para a separação conjugal, recaindo toda a responsabilidade unicamente sob o sujeito como forma de eximir a empresa de responsabilidades quanto à produção do sofrimento (FLACH et al., 2009). Não se divulga, porém, a possível causa do drama conjugal: o excesso de trabalho, que prejudicava o convívio familiar. Sobre esse ponto, é revelador o depoimento acerca das frequentes viagens de férias familiares interrompidas pela metade com o retorno antecipado de Carlos após convocação para resolver questões de trabalho.

Gustavo passa a ser isolado no setor após a morte de Carlos. Não mais recebe qualquer tarefa, talvez como re-

taliação por dificultar o rápido desfecho do inquérito policial, como queria o banco para abafar qualquer prejuízo à imagem corporativa. Ninguém comentava o assunto em decorrência do medo de represálias: Carlos deixou de “existir”, apesar de 30 anos no setor. Quando alguém morre, são normais as manifestações de pêsames, ainda mais quando o falecido era respeitado e admirado. Gustavo, por sua vez, recebe alguns poucos – e contidos – sinais de solidariedade. Nada mais do que isso. O entrevistado é enfático ao ressaltar que a empresa entrevistada, por meio de sua influência, para que o ocorrido caísse no esquecimento. Foi preciso buscar realocação em outro núcleo, desempenhar outra tarefa. Gustavo, a partir de então, atenta contra os interesses organizacionais e, por isso, torna-se alvo dos mecanismos sociais de punição disciplinar para corrigir-lhe o comportamento e evitar a contaminação de outros empregados (MOTTA, 1981).

O silêncio invade até os serviços médicos da empresa. Quando foi encaminhado para o exame periódico de saúde, a médica, ao ver o sobrenome, questiona se havia parentesco com Carlos. Gustavo é encaminhado ao setor de assistência mental, sem receber a mínima explicação sobre os motivos. Esperava apenas uma conversa franca em que pudesse relatar os seus sentimentos e, assim, avaliar a necessidade de algum tipo de apoio psicológico. Não teve sequer o direito ao diálogo. Nenhuma palavra. Recebe apenas a papeleta de encaminhamento. Sente-se desrespeitado. Dirige-se, então, ao setor indicado. A psicóloga que o atende, antes mesmo de ouvi-lo, sugere vinte sessões de terapia. Gustavo se irrita, queria que lhe explicassem os motivos pelos quais deveria submeter-se ao tratamento. Queria apenas ouvir que vivenciara um ato traumático e a terapia poderia ajudá-lo. Apenas isso. Aliás, naqueles últimos tempos, acumulava desrespeito e falta de sensibilidade. Confirmam-se, assim, os achados de Sampaio e Boemer (2000) sobre o despreparo generalizado, inclusive de profissionais da saúde, para lidar com tragédias. Fatos como esses demonstram o quanto considerações humanas ainda estão longe do dia a dia das organizações, apesar de amplamente exploradas, como vantagem estratégica competitiva, as imagens de empregados felizes e as práticas discursivas que exaltam a responsabilidade social (BITTENCOURT; CARRIERI, 2005).

Para concluir

Este trabalho analisou parte dos fatores que podem ter permeado a decisão do bancário em cometer o suicídio, evidenciando os elementos constitutivos da organização do trabalho que possam ter contribuído para o óbito. Os principais resultados mostraram que o contexto do suicídio decorreu da inter-relação entre o trabalho e a história de vida, sendo que o ritmo pessoal do trabalhador se subordinava integralmente às obrigações profissionais. O vínculo afetivo entre o sujeito e a empresa fora incentivado ao longo de quase três décadas, de forma que os valores organizacionais – como o estímulo ao sucesso desenfre-

do, a competição individual, o culto à excelência, o orgulho irrestrito ao trabalho – conduziram-no a desenvolver quadro de sedução e servidão voluntária.

O ego do bancário fora amaciado com doçura, recompensando-se com elogios e promoções o esforço desmesurado. Essas recompensas, entretanto, nunca estavam no mesmo patamar da dedicação, pois lhe era exigido entregar o corpo e a alma ao trabalho, não importasse a hora do dia ou da noite, incluindo os dias não-úteis e até mesmo as férias. A necessidade da organização do trabalho por sujeitos compassivos, somasse uma característica pessoal do bancário, que era o irrestrito senso de responsabilidade, circunstância ideal para a subjugação aos ditames organizacionais e à exploração de mão de obra.

O trabalho, portanto, faz parte do pano de fundo para compreender-se o processo que conduziu o bancário à ruína familiar, à sumária exasperação psíquica e, em seguida, à ruína profissional. O caso não envolve problemas de assédio à integridade moral, desqualificação, desconfiança ou descrédito, fatores desencadeadores típicos de sofrimento no trabalho, embora haja casos em que, de certa forma, o terror moral se relacione com o suicídio (FINAZZI-SANTOS; SIQUEIRA; MENDES, 2009). Muito pelo contrário, tratava-se de referência quanto ao quesito empregado-padrão. É assim que o processo que resultou no suicídio decorre, em boa parte, de patologia decorrente da devoção do trabalhador à empresa, patologia essa cada vez mais estimulada como símbolo de sucesso do homem moderno e amplamente disseminada pelas revistas de negócios (SIQUEIRA; FREITAS, 2006). O silêncio institucional, por sua vez, relaciona-se com a falta de respeito da corporação para com o empregado no caminho da aposentadoria; relaciona-se com a falta de solidariedade generalizada que tem invadido os ambientes de trabalho. Sua memória foi reduzida a pó: é o silêncio que fala, são palavras não-ditas que acobertam a omissão dos superiores e intimidam os pares a esconder os sentimentos de pesar e consternação.

A empresa se apresenta como grandiosa e símbolo de poder, é o espelho para encontrar-se a felicidade. As novas formas de organização do trabalho disseminam conceitos novos como empregabilidade, individualismo, competição interna, foco no cliente, autogerenciamento e polivalência. A dominação física é substituída por mecanismos de controle psíquicos muito mais eficientes para estimular o empregado a cumprir espontaneamente os imperativos organizacionais. As evidências encontradas levam a questionar a falta de efetividade das políti-

cas de recursos humanos em assegurar o bem-estar dos empregados e, o mais importante, revela a face dramática de um sistema social erigido na produção de riquezas a qualquer custo, que subordina completamente considerações humanas a interesses utilitários.

É importante salientar que os acontecimentos *post mortem* contribuem para reforçar a dissonância entre o discurso organizacional de respeito aos “colaboradores” e a realidade prática a partir do momento em que o irmão do falecido amarga o ostracismo e os antigos colegas de trabalho são desencorajados a manifestar sentimentos de dor perante o trágico acontecimento. É evidente que, quando falamos em suicídio, a decisão de cometê-lo cabe, em última instância, apenas ao sujeito. Cada um tem o seu livre-arbítrio. De qualquer forma, é normal que se procure desvelar os fatores que tenham contribuído para a tragédia. Segundo relato de Gustavo, os burburinhos sussurrados ao pé do ouvido, divulgados por meio de canais informais amplamente eficazes para a divulgação de boatarias, encarregaram-se de conferir tom oficial à notícia: Carlos sucumbira aos problemas conjugais. Explicar o suicídio de um trabalhador como consequência de transtornos mentais ou problemas pessoais pode ser um modo conveniente para acobertar os reais motivos que desencadearam no óbito, atendendo aos interesses da empresa.

Com muita propriedade, Motta (1981) assevera que as organizações se autointitulam acima de qualquer suspeita, terceirizando ao indivíduo a culpa por conflitos ou doenças. Apesar de comumente associados à patologia mental, é razoável supor que há suicídios de trabalhadores em que a exasperação psíquica não é a causa primeira da morte, mas também a consequência de episódios traumáticos inseridos no contexto laboral, com reflexos na vida privada do sujeito, confirmando o estudo de Dejours (2008) sobre o suicídio de uma executiva cuja vida pessoal entrara em colapso – assim como no caso de Carlos – após dificuldades no trabalho. O suicídio é um gesto brutal que materializa algo que se tornou intolerável, representando o abuso nas relações de poder que sujeita a parte mais fraca à subserviência, sob o risco de descarte iminente. O trabalho potencializa a sanidade e o senso de pertencimento social quando viabiliza o espaço público da palavra e da criatividade, o respeito entre os colegas e a valorização das potencialidades do sujeito enquanto condição indispensável para o sucesso do empreendimento, em contraste com ambientes opressores que, infelizmente, têm reduzido pessoas a objetos descartáveis.

Contribuição de autoria

Finazzi-Santos, M. A.: desenvolveu o delineamento, o levantamento, a análise e a interpretação, a elaboração e a revisão do manuscrito. Siqueira, M. V. S.: contribuiu no delineamento, na elaboração, na revisão do manuscrito e na aprovação da versão final.

Referências

- AGERBO, E. et al. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychological Medicine*, v. 37, n. 8, p. 1131-1140, 2007.
- ALMEIDA, L. L.; MERLO, A. R. C. Manda quem pode, obedece quem tem juízo: prazer e sofrimento psíquico em cargos de gerência. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 11, n. 2, p. 139-157, 2008.
- ALVAREZ, A. *O Deus selvagem: um estudo do suicídio*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2000.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BEDEIAN, A. G. Suicide and occupation: a review. *Journal of Vocational Behavior*, v. 21, n. 2, p. 206-223, 1982.
- BENEVIDES, M. G. *Liberdade é escravidão: uma visão orwelliana das histórias e das memórias do processo de transformação institucional do Banco do Brasil (1984-2000)*. Fortaleza: LCR, 2002.
- BERMAN, A. L. Case consultation: suicide in the workplace. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 23, n. 2, p. 268-272, 1993.
- BITTENCOURT, E.; CARRIERI, A. Responsabilidade social: ideologia, poder e discurso na lógica empresarial. *Revista de Administração de Empresas*, v. 45, p. 10-22, 2005. Edição Especial, Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.16fgv.br/rae/artigos/3475.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2009.
- BLAKELY, T. A.; COLLINGS, S. C. D.; ATKINSON, J. Unemployment and suicide. Evidence for a casual association? *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 57, n. 8, p. 594-600, 2003.
- BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. *Psico – PUCRS*, v. 37, n. 3, p. 213-220, 2006.
- BRITO, M. J. et al. Gestão de pessoas em análise: disciplina e subjetividade no espaço organizacional. *Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, v. 4, n. 1, p. 1-14, 2006. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/gestoo/index.php/gestao/article/view/147>> Acesso em: 25 nov. 2009
- CALGARO, J. C. C.; SIQUEIRA, M. V. S. Servidão e solidão: duas faces do gerencialismo contemporâneo. In: MENDES, A. M. (Org.). *Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão*. Curitiba: Juruá, 2008. Cap. 8.
- CAMUS, A. *O mito de sísifo: ensaio sobre o absurdo*. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- CLEMENTS, P. et al. Benefits of community meetings in the corporate settings after the suicide of a coworker. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, v. 41, n. 4, p. 45-49, 2003.
- DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2003.
- _____. Novas formas de servidão e de suicídio. In: MENDES, A. M. (Org.). *Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão*. Curitiba: Juruá, 2008. Cap. 2.
- DEJOURS, C.; BÈGUE, F. *Suicídio e trabalho: o que fazer?* Brasília: Paralelo 15, 2010.
- DRUCK, M. G. Globalização e reestruturação produtiva: o fordismo e/ou japonismo. *Revista de Economia Política*, v. 19, n. 2, p. 31-48, 1999.
- ENRIQUEZ, E. O indivíduo preso na armadilha da estrutura estratégica. *Revista de Administração de Empresas*, v. 37, n. 1, p. 18-29, 1997a.
- _____. Os desafios éticos nas organizações modernas. *Revista de Administração de Empresas*, v. 37, n. 2, p. 6-17, 1997b.
- FARIA, J. H. (Org.). *Análise crítica das teorias e práticas organizacionais*. São Paulo: Atlas, 2007.
- FERREIRA, M. C. A ergonomia da atividade se interessa pela qualidade de vida no trabalho? Reflexões empíricas e teóricas. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 11, n. 1, p. 83-99, 2008.
- FINAZZI-SANTOS, M. A. *Patologia da solidão: o suicídio de bancários no contexto da nova organização do trabalho*. 2009, 238 f. Dissertação (Mestrado em Administração)-Faculdade de Economia, Administração e Ciências da Informação e Documentação, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- FINAZZI-SANTOS, M. A.; SIQUEIRA, M. V. S.; MENDES, M. E. Tentativas de suicídio de bancários no contexto das reestruturações produtivas. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 33., 2009, São Paulo. *Anais...* São Paulo: ANPAD, 2009. 1 CD-ROM.
- FLACH, L. et al. Sofrimento psíquico no trabalho contemporâneo: analisando uma revista de negócios. *Psicologia & Sociedade*, v. 21, n. 2, p. 193-202, 2009.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FREITAS, M. E. Cultura organizacional: o doce controle no clube dos raros. In: MOTTA, F. C. P.; CALDAS, M. (Org.). *Cultura organizacional e cultura brasileira*. São Paulo: Atlas, 1997. Cap. 17.
- _____. *Cultura organizacional: identidade, sedução e carisma?* Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- FREITAS, M. E.; HELOANI, R.; BARRETO, M. *Assédio moral no trabalho*. São Paulo: Cengage, 2008.

- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002. Cap. 3.
- GIBBS, J. P. Status integration and suicide: occupational, marital, or both? *Social Forces*, v. 79, n. 2, p. 363-384, 2000.
- GOLDMAN, K. D.; SCHMALZ, K. J. "I gave at the office," but did I give enough? Handling traumatic events. *Health Promotion Practice*, v. 4, n. 1, p. 5-7, 2003.
- GRISCI, C. L. I.; BESSI, V. G. Modos de trabalhar e ser na reestruturação bancária. *Sociologias*, v. 6, n. 12, p. 160-200, 2004.
- GUERREIRO RAMOS, A. *A nova ciência das organizações: uma reconceitualização da riqueza das nações*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1981.
- GUNNELL, D.; LEWIS, G. Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention. *British Journal of Psychiatry*, v. 187, n. 3, p. 206-208, 2005.
- HAWTON, K. et al. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders*, v. 50, n. 2-3, p. 269-76, 1998.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- HELOANI, R. *Gestão e organização no capitalismo globalizado: história da manipulação psicológica do trabalho*. São Paulo: Atlas, 2003.
- HIYAMA, T.; YOSHIHARA, M. New occupational threats to Japanese physicians: karoshi (death due to overwork) and karojisatsu (suicide due to overwork). *Occupational and Environmental Medicine*, v. 65, n. 6, p. 428-429, 2008.
- HJELMELAND, H.; KNIZEK, B. L. Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 40, n. 1, p. 74-80, 2010.
- JINKINGS, N. *Trabalho e resistência na "fonte misteriosa": os bancários no mundo da eletrônica e do dinheiro*. Campinas: Unicamp, 2002.
- KPOSOWA, A. J. Suicide mortality in the United States: differentials by industrial and occupational groups. *American Journal of Industrial Medicine*, v. 36, n. 6, p. 645-652, 1999.
- LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- LARANJEIRA, S. M. G. Reestruturação produtiva no setor bancário: a realidade dos anos 90. *Educação & Sociedade*, v. 18, n. 61, p. 110-138, 1997.
- LEITÃO, S. P.; FORTUNATO, G.; FREITAS, A. S. Relacionamentos interpessoais e emoções nas organizações: uma visão biológica. *Revista de Administração Pública*, v. 40, n. 5, p. 883-907, 2006.
- LIPIETZ, A. As relações capital-trabalho no limiar do século XXI. *Ensaio FEE*, v. 12, n. 1, p. 101-130, 1991.
- MACIEL, R. H. et al. *Assédio moral no trabalho: impactos sobre a saúde dos bancários e sua relação com gênero e raça*. Sindicato dos Bancários de Pernambuco/Contraf, 2006.
- MELTZER, H. et al. Patterns of suicide by occupation in England and Wales: 2001-2005. *The British Journal of Psychiatry*, v. 193, n. 1, p. 73-76, 2008.
- MENDES, A. M. Pesquisa em psicodinâmica: a clínica do trabalho. In: _____. (Org.). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, métodos e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. Cap. 3.
- MORGAN, G. Paradigms, metaphors, and puzzle solving in organization theory. *Administrative Science Quarterly*, v. 25, n. 4, p. 605-622, 1980.
- MOTA, C. M.; TANURE, B.; NETO, A. C. Estresse e sofrimento no trabalho dos executivos. *Psicologia em Revista*, v. 14, n. 1, p. 107-130, 2008.
- MOTTA, F. C. P. O poder disciplinar nas organizações formais. *Revista de Administração de Empresas*, v. 21, n. 4, p. 33-41, 1981.
- MOTTA, F. C. P.; FREITAS, M. E. (Org.). *Vida psíquica e organização*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.
- NAKAO, M. et al. A 2-year cohort study on the impact of an Employee Assistance Programme (EAP) on depression and suicidal thoughts in the male Japanese workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, v. 81, n. 2, p. 151-157, 2007.
- NISHIYAMA, H.; JOHNSON, J. V. Karoshi – death from overwork: occupational health consequences of Japanese production management. *International Journal of Health Services*, v. 27, n. 4, p. 625-641, 1997.
- PAGÈS, M. et al. *O poder das organizações*. São Paulo: Atlas, 1993.
- PAIVA, L. A. S. Patologia forense nas mortes com evidente ação do fogo. *Saúde, Ética & Justiça*, v. 11, n. 1-2, p. 1-7, 2006.
- PAIVA JÚNIOR, F. G.; MELLO, S. C. B. Pesquisa qualitativa nos estudos organizacionais: contribuições fenomenológicas de Alfred Schütz. *Organizações em Contexto*, v. 4, n. 8, p. 24-48, 2008.
- PAULA, A. P. P. Tragtenberg revisitado: as inexoráveis harmonias administrativas e a burocracia flexível. *Revista de Administração Pública*, v. 36, n. 1, p. 127-144, 2002.
- PRETI, A.; MIOTTO, P. Social economic influence on suicide: a study of situation in Italy. *Archives of Suicide Research*, v. 5, n. 2, p. 141-156, 1999.
- PRIETO, D.; TAVARES, M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 54, n. 2, p. 146-154, 2005.

- RAY, M. The richness of phenomenology: philosophic, theoretic and methodologic concerns. In: MORSE, J. M. (Ed.). *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994. Cap. 7.
- RODRIGUES, L. C. *Metáforas do Brasil: demissões voluntárias, crises e rupturas no Banco do Brasil*. São Paulo: Annablume, 2004.
- ROSSI, E. Z. *Reabilitação e reinserção no trabalho de bancários portadores de LER/DORT: análise psicodinâmica*. 2008, 267 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações)- Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.
- SAMPAIO, M. A.; BOEMER, M. R. Suicídio – um ensaio em busca de um desvelamento do tema. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 34, n. 4, p. 325-331, 2000.
- SARAIVA, L. A. S.; IRIGARAY, H. A. R. Políticas de diversidade nas organizações: uma questão de discurso? *Revista de Administração de Empresas*, v. 49, n. 3, p. 337-348, 2009.
- SCHMIDTKE, A. et al. Suicide rates in the world: Update. *Archives of Suicide Research*, v. 5, n. 1, p. 81-89, 1999.
- SEGNINI, L. R. P. Reestruturação nos bancos do Brasil: desemprego, subcontratação e intensificação do trabalho. *Educação & Sociedade*, v. 20, n. 67, p. 185-211, 1999.
- SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.
- SHIELDS, M. Long working hours and health. *Health Reports*, v. 11, n. 2, p. 33-48, 1999.
- SIQUEIRA, M. V. S. *Gestão de pessoas e discurso organizacional*. Goiânia: Editora UCG, 2006.
- SIQUEIRA, M. V. S.; FREITAS, M. E. O papel da mídia especializada em negócios na reprodução do discurso organizacional em recursos humanos no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2006, Salvador. *Anais...* Salvador: ANPAD, 2006. 1 CD-ROM.
- STACK, S. Occupation and suicide. *Social Science Quarterly*, v. 82, n. 2, p. 384-396, 2001.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- TAYLOR, P. Age, labour market condition and male suicide rates in selected countries. *Ageing and Society*, v. 23, n. 1, p. 25-40, 2003.
- TRAGTENBERG, M. *Burocracia e ideologia*. São Paulo: Ática, 1985.
- WILHELM, K. et al. Work and mental health. *Social Psychiatric & Epidemiology*, v. 39, n. 11, p. 866-873, 2004.
- XAVIER, E. P. *Um minuto de silêncio: réquiem aos bancários mortos no trabalho*. Porto Alegre: Sindicato dos Bancários de Porto Alegre, 1998.

Depressão e trabalho: ruptura de laço social

Depression and work: breaking the social bond

Sílvia Jardim¹

¹ Doutora em Psiquiatria. Psiquiatra do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Coordenadora do Programa de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores (PRASMET/IPUB/UFRJ).

Contato:

Avenida Érico Veríssimo, 389/202 –
Barra da Tijuca – Rio de Janeiro, RJ,
Brasil

CEP: 22 621-180

E-mail:

silvia.jardim@gmail.com

Resumo

As depressões irrompem o século XXI como “mal do século” e o mal-estar no trabalho chega ao suicídio. São tempos em que as pessoas se queixam da falta de trabalho, da ameaça de perdê-lo ou das pressões a que se submetem para preservá-lo. O trabalho formal, uma profissão, uma carreira, por sua vez, também não são garantia de um presente estável ou um futuro promissor. A depressão é uma das reações a perdas e a ameaças de perda, seja de emprego ou de um contexto social estruturante, que podem induzir à fragmentação da identidade psíquica. Este ensaio discute o termo depressão dentro do contexto das peculiaridades do mal-estar contemporâneo no trabalho, utilizando dados de noticiários, da bibliografia especializada nacional e internacional e da prática clínica em psiquiatria e pesquisa em saúde mental do trabalhador.

Palavras-chave: depressão; trabalho; melancolia; laço social.

Abstract

Depression emerges in the XXI century as “the malady of the century” and distress at work can eventually result in suicide. People complain about unemployment, the threat of being unemployed, and to be under pressure in order to keep their jobs. On the other hand, neither a profession nor a career assure a stable present and a promising future. Depression is one of common reactions for loss. Either losing or being threatened to lose jobs or a structuring social context could lead to the fragmentation of psychic identity. This essay discusses the word “depression” within the singularities of contemporary occupational distress, based on current news, specialized national and international literature, as well as the author’s psychiatric clinical praxis and research on workers’ mental health.

Keywords: depression; work; melancholy; social bond.

Recebido: 18/02/2010

Revisado: 03/05/2011

Aprovado: 10/05/2011

Portanto, se tivesse que haver um corte – ainda que, sem dúvida, nunca haja corte absoluto em história –, situar-se-ia no momento em que, no cenário relativamente estável da assistência, evidencia-se a questão social do trabalho. Na verdade, a questão social propriamente dita.
(CASTEL, 1998, p. 62)

*Jamais se honrou tanto o trabalho, desde que a humanidade existe.
E mesmo, está fora de cogitação que não se trabalhe.*
(LACAN, 1992, p. 160)

That is, daily hassles may be the straw that breaks the camel's back.
(BLAZER, 2000, p. 1306)

Da melancolia às depressões

Há consenso em considerar que o termo depressão é sucedâneo do termo melancolia, tanto na história da Medicina e da Psiquiatria, quanto na Filosofia e nas Artes.

Em 2005, uma grande exposição intitulada *Melancolie, génie et folie en Occident* (Melancolia, gênio e loucura no Ocidente) ocupou o *Grand Palais* em Paris. Sucesso de crítica e de público, a exposição reuniu uma iconografia que explorou o termo melancolia em 2.500 anos de história da civilização ocidental, da Grécia Antiga à contemporaneidade. Segundo o curador, Jean Clair, que consagrou dez anos de trabalho a preparar a exposição, nenhuma disposição da alma tem ocupado a arte ocidental desde tão longo tempo quanto a melancolia (CLAIR, 2005).

A palavra melancolia aparece pela primeira vez no século IV a.C.: formada pela associação de dois termos, *kholê* (bile) e *melas* (negra), significa literalmente bile negra. No escrito *Da Natureza do Homem*, Hipócrates (460-357 a.C.) e seu genro Pólibo dizem:

O corpo humano tem nele o sangue, a linfa, a bile amarela e a bile negra. Isso é o que constitui a natureza do corpo, e é por isso que o corpo sofre ou tem boa saúde. (HIPÓCRATES, apud PRINGENT, 2005, p. 14)

A saúde é, então, definida pelo equilíbrio dos quatro humores, entendendo-se que a doença provém da predominância de um humor sobre os outros. A bile negra ou melancolia vai designar assim, nesse momento, uma substância natural do corpo e a doença ligada ao excesso dessa substância. A descrição clínica da melancolia deixada por Hipócrates em seus *Aforismos*, “se medo e tristeza duram longo tempo, um tal estado é melancólico” (PRINGENT, 2005, p. 14), inaugura o diagnóstico tradicional cujos sintomas são definidos pela primeira vez, acrescidos ainda de aversão à comida, desesperança, insônia, irritação e inquietude (PRINGENT, 2005).

Se a tradição hipocrática que fundou a medicina ocidental ligou inarredavelmente a melancolia ao corpo, a tradição do pensamento ocidental com Aristóteles (384-322 a.C.), no famoso *Problema XXX*, ligou a melancolia ao espírito da própria filosofia, da ciência, da política, da poesia e das artes. A melancolia atravessou a Idade

Média como *acedia*, o mal dos monges que se retiravam para o deserto tomados por satanás, que lhes impedia o pensamento. A face de genialidade da melancolia voltou a imperar, durante o Renascimento, na Pintura, nas Letras, na Política e na Filosofia, tendo na famosa gravura de Albrecht Dürer (1471-1528), intitulada *Melencolia I*, poderoso testemunho histórico (PRINGENT, 2005).

Segundo Akiskal (2000), o início da Idade Moderna, no século XVII, é marcado pela publicação do livro *Anatomy of Melancholy*, em 1621. Nele, Robert Burton faz uma revisão de todo o pensamento médico e filosófico acumulado nos séculos anteriores e, ao endossar o conceito de doença afetiva, volta a dar uma conotação inteiramente médica à melancolia. O alienista francês Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) parece ter sido o primeiro médico da chamada era moderna a sugerir que um distúrbio primário do humor estaria subjacente a várias formas de depressão e psicoses paranoides associadas. Esquirol influenciou outros psiquiatras europeus ao propor a identificação de outros estados melancólicos mais brandos e sem delírios em que a tristeza predominava, os quais passaram a ser categorizados como melancolia simples e finalmente como depressões primárias. Tais descrições culminaram no termo psiquiátrico anglo-saxão *affective disorder* (doença afetiva), cunhado pelo renomado psiquiatra inglês Henry Maudsley (1835-1918) (AKISKAL, 2000).

O termo “humor” substituiu o termo “afetivo” sob a influência da psiquiatria norte-americana a partir da terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980), por considerar-se que se trata de um estado emocional mantido, e não meramente a expressão externa, isto é, afetiva, do estado emocional atual. Os transtornos do humor são, então, definidos como síndromes, ao invés de doenças específicas, consistindo em conjuntos de sinais e sintomas mantidos por um período de semanas a meses que diferem marcadamente do funcionamento habitual da pessoa e tendem à recorrência de modo periódico ou cíclico. O DSM influenciou o capítulo V – Grupo dos Transtornos Mentais e do Comportamento, da décima edição da Classificação Internacional das Doenças – CID-10 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992) –, no qual as depressões estão também classificadas no âmbito dos chamados transtornos do humor (Grupo F30-F39).

A despeito de todas as denominações e classificações, os sintomas centrais da depressão continuam sendo: a tristeza sem motivo justificável, o desânimo, o desinteresse pela vida e pelo trabalho, a irritabilidade, a inapetência e a insônia. O sentimento de vazio, de falta de sentido na vida e de esgotamento caracterizam os casos mais graves, chegando às ideias e tentativas de suicídio. Outro aspecto importante da depressão é o silêncio, a dificuldade de falar que o deprimido apresenta.

A iconografia da melancolia se caracteriza por um personagem sentado, a cabeça apoiada na mão, numa atitude de meditação sobre a morte, conforme a famosa obra de Dürer referida anteriormente (PRIGENT, 2005). A melancolia atravessa 2.500 anos de história da civilização ocidental carregando essa ambiguidade e polissemia: um bem, um mal, uma doença. Um termo, uma palavra, um significante poderoso a respeito da humanidade.

Neste ensaio, busco articular o termo depressão com as peculiaridades do mal-estar contemporâneo no trabalho, utilizando dados de noticiários, bibliografia especializada, nacional e internacional, e da prática clínica em psiquiatria e pesquisa em saúde mental do trabalhador. A melancolia fica, então, neste ensaio, com sua dupla função histórica herdada da Antiguidade: o de doença que acomete o corpo e o de inspiração que reflete sobre a vida e a morte dos homens a partir de uma posição eminentemente subjetiva.

A depressão e a história

Se há consenso em considerar que o termo depressão é, historicamente, sucedâneo do termo melancolia, não podemos, entretanto, equivaler os dois termos do ponto de vista clínico-conceitual. Atualmente, o termo melancolia não habita mais as classificações psiquiátricas. As depressões são avaliadas em gradações que vão de leves a graves, passando pelas moderadas, com e sem sintomas psicóticos. Assim, não há epidemiologia da melancolia. Há epidemiologia dos transtornos do humor, e os dados referentes às depressões surpreendem tanto pelo aumento de sua incidência, quanto pelas mudanças no perfil da idade de acometimento e pela gravidade da evolução desses quadros nas últimas décadas no mundo, conforme veremos a seguir. Assim, para a finalidade deste ensaio, guardaremos da melancolia apenas a sua atitude reflexiva preservada na iconografia ocidental.

Segundo o capítulo sobre transtornos de humor do livro-texto de psiquiatria mais influente da atualidade – o *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, em sua sétima edição (2000) – cuja apresentação é assinada por Hagop Akiskal, psiquiatra norte-americano líder nas pesquisas sobre as chamadas *affective disorders*, entre as quais se incluem as depressões –, há unanimidade também em considerar a depressão como incapacitante. Os estudos epidemio-

lógicos mais rigorosos revistos nesse capítulo indicam que os transtornos depressivos afligem pelo menos 20% das mulheres e 12% dos homens em algum momento de suas vidas (AKISKAL, 2000). De acordo com a OMS², no ano 2000, a depressão foi a principal causa de incapacidade no mundo avaliada pelo índice de anos vividos com incapacidade (AVIs) e a quarta causa de perda de dias de produção. A OMS prevê que, em 2020, a depressão será a segunda causa de perda de dias de trabalho por doença no mundo.

Outro consenso é que, apesar da disponibilidade de tratamentos considerados eficazes, como antidepressivos, psicoterapias e até eletroconvulsoterapia, as pessoas com depressão ficam incapacitadas e as taxas de suicídio – o qual ocorre em 15% dos casos de transtornos depressivos – não se alteram, eventualmente aumentam, e são maiores em homens jovens e, especialmente, nos idosos. Apesar de os transtornos depressivos serem mais incidentes e prevalentes em mulheres, mais homens morrem por suicídio (AKISKAL, 2000).

Desde as últimas duas décadas do século XX, tanto nos Estados Unidos da América (EUA) como em volta do globo, estudos epidemiológicos de seguimento em comunidades de pesquisa demonstram um nível de cronicidade mais alto (15% a 20%) para os transtornos depressivos que o índice de 5% indicado por Emil Kraepelin no início do século XX na Alemanha. Entretanto, o dado mais impressionante é a tendência de aumento da prevalência de depressão em grupos mais jovens em comparação com os grupos mais velhos nas coortes nascidas depois da Segunda Guerra Mundial. Isto é, parece que aqueles nascidos depois de 1945 têm maior risco de desenvolver depressão mais cedo que os nascidos antes da guerra, tendência essa observada nos EUA, na Suécia, na Alemanha, no Canadá e na Nova Zelândia. Evidencia-se, então, nesses estudos, uma diminuição progressiva da idade de início dos transtornos depressivos. Os dados de suicídio acompanham as tendências dos transtornos do humor: as taxas de suicídio são maiores nos jovens hoje do que foram para os jovens de há trinta anos. As taxas de suicídio em adultos mais velhos aumentaram 25% desde 1980 (BLAZER, 2000).

Apesar de a virada do século XX para o XXI ter sido dedicada à pesquisa do cérebro e do genoma como fontes de explicação dos bens e dos males humanos, o fato de o risco para transtornos depressivos ter aumentado dramaticamente para todas as idades a partir de 1965-1975, estabilizando-se desde então em um nível alto de incidência, é explicado, pelos epidemiologistas mais exigentes, como um efeito do tempo histórico. A incerteza de emprego entre os jovens universitários norte-americanos e a tendência a retardar o casamento durante os anos 1990 são considerados possíveis fatores de determinação do risco maior de depressão e suicídio entre esses jovens (BLAZER, 2000).

² WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depression*. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en>. Acesso em: 08 jan. 2011.

O efeito de idade observado com mais consistência no que se refere aos transtornos do humor no século XX é a associação positiva entre idade jovem e suicídio em homens brancos nos EUA. Ou seja, os jovens estão mais vulneráveis ao tempo histórico e estão sofrendo mais o incêndio da depressão. Uma pessoa jovem que experimenta um episódio de depressão tem tendência a apresentar episódios depressivos graves sequenciais por muitos anos. Então, os epidemiologistas dizem que os clínicos podem esperar ver a coorte de jovens enfrentar o incêndio da depressão por um longo tempo. Concluem que, paradoxalmente, apesar de ser a geração mais afluyente do século XX, os adultos jovens parecem estar diante do maior risco de depressão devido a uma série de fatores que chamam de ambientais: crescente urbanização, isolamento social e anomia, mudanças nos lugares de trabalho, no emprego e na carreira profissional (tanto para os homens, como para as mulheres), crescentes laicização e mobilidade geográfica (BLAZER, 2000).

A maioria dos estudos epidemiológicos também revela uma relação entre os eventos de vida considerados estressantes, especialmente os negativos, o estresse crônico e o cotidiano com o início e a evolução dos transtornos depressivos. O acúmulo de eventos de vida estressantes, entre os quais se incluem, além de mortes, separações e doenças graves, início em um trabalho novo e mudanças nas condições de trabalho, parece predispor uma pessoa a episódios de depressão (BLAZER, 2000).

A partir de revisão sistemática da totalidade de estudos longitudinais na base *ISI Web of Science* e *PubMed*, Vieira (2009) encontrou o *burnout*, reconhecidamente uma medida de estresse crônico no trabalho, associado a maior risco prospectivo de doenças cardiovasculares e musculoesqueléticas, hipercolesterolemia, diabetes e depressão clínica. *Burnout* está associado também a maior risco prospectivo de absenteísmo do trabalho por doença.

O desemprego, não há dúvidas, é fator de risco consolidado para depressão no mundo do trabalho. Blazer (2000) relata dois estudos epidemiológicos norte-americanos que encontraram associação entre depressão e (des)emprego:

- No *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA) (1981), homens e mulheres desempregados por pelo menos seis meses nos cinco anos anteriores à participação no estudo apresentaram uma tendência três vezes maior de sintomas depressivos;
- No *National Comorbidity Survey* (NCS) (1991), o risco de depressão na população em idade ativa é três vezes maior em pessoas desempregadas do que entre as que estão trabalhando. Mas o tipo de ocupação também pode ser risco para depressão, com as donas de casa (*homemakers*) correndo um risco quase três vezes maior de sofrer depressão em relação aos demais trabalhadores ocupados.

No Brasil, Almeida Filho (1981), em estudo epidemiológico envolvendo amostra representativa de 1.549 adultos residentes em um bairro pobre da periferia da cidade de Salvador, Bahia, mostrou que, após o controle de variáveis como idade, sexo, estado civil, educação, *status* migratório e procedência, continuou existindo uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis desemprego e sofrimento mental patológico avaliada através de inquérito psiquiátrico estruturado e validado. Nem pobreza, nem migração, mas ser trabalhador desempregado está associado a adoecimento mental.

Ou seja, atualmente, mesmo sem recorrer às pesquisas e à literatura especializadas em Saúde Mental e Trabalho, podemos encontrar as condições de trabalho, incluindo a falta de emprego e a insegurança nele, como variáveis comprovadamente determinantes dos índices de depressões.

Transtornos mentais no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS): o lugar da depressão

Segundo os dados da Dataprev, em 2009 (BRASIL, 2011), acerca do acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença previdenciários e acidentários, concedidos conforme códigos da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), e segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), os Transtornos Mentais e do Comportamento (F00-F99) ocupam o terceiro lugar em número de auxílios-doença concedidos, sendo o primeiro lugar ocupado pelas “Lesões, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas” (S00-T98) e o segundo lugar ocupado pelas “Doenças do sistema osteomuscular e outras conseqüências de causas externas” (M00-M99). Metade dos auxílios-doença previdenciários por transtornos mentais é devida a transtornos do humor (F30-F39), sendo que 80% destes são depressões (F32-F34). Ou seja, a tendência observada nos outros países em relação às depressões serem uma das principais causas de afastamento do trabalho é também observada no Brasil.

Quanto aos auxílios-doença acidentários por transtornos mentais e do comportamento concedidos em 2009, metade se deve a transtornos do humor (F30-F39), sendo que destes 90% são depressões (F32-F34). Ou seja, está acontecendo, por parte do setor de perícias médicas do INSS, o reconhecimento de algumas depressões como relacionadas ao trabalho. Se tomarmos como referência os dados referentes a benefícios acidentários de 2006, 2007 e 2008 divulgados nos anuários estatísticos de acidentes do trabalho dos respectivos anos (BRASIL, 2006, 2007, 2008), podemos verificar que, em 2006, constavam no total apenas 389 casos de episódios depressivos. Em 2007, com o advento do nexo técnico epidemiológico, foram registrados 3.601 casos de episódios depressivos e 291 casos de transtornos depressivos recorrentes. Em 2008, foram registra-

dos 5.208 casos de episódios depressivos e 981 casos de transtornos depressivos recorrentes. Não só esses números como os que se seguem nos anos subsequentes merecem uma análise mais aprofundada.

A edição inicial da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, instituída pela Portaria nº 1.339/GM, Ministério da Saúde, de 18 de novembro de 1999, na qual encontramos arrolados para os episódios depressivos apenas os agentes etiológicos e fatores de natureza ocupacional de características neurotóxicas, como solventes e metais pesados, é falha nesse ponto. A restrição da determinação ocupacional de quadros depressivos aos fatores de risco de ordem neurotóxicos não se justifica em nenhum nível de avaliação. A despeito da elaboração de hipótese de intoxicação ocupacional, em casos que inicialmente apresentam características clínicas de depressão e ansiedade, ser de extrema importância para o diagnóstico precoce e a prevenção de demências (RAMOS, 1998; RAMOS; JARDIM; SILVA-FILHO, 2004), a depressão tem suas determinações causais muito além das intoxicações, conforme vimos acima no que se refere à dimensão sócio-histórica e veremos mais à frente.

A depressão e o social: de novo o “mal do século”

“Suporte social” é um aspecto do entorno social que tem recebido atenção crescente nas pesquisas recentes, tanto na avaliação das doenças físicas, quanto mentais. Os epidemiologistas e sociólogos chamam “suporte social” ao aporte de retorno significativo, adequado e de proteção a partir do ambiente social que permite a uma pessoa negociar com os estressores do ambiente (BLAZER, 2000).

Os estudos já clássicos de Leighton (1959) e seus colaboradores na década de 60 do século passado comprovaram que, para todas as faixas etárias, as taxas de depressão e outros transtornos mentais foram maiores em comunidades socialmente desintegradas, correlacionando a qualidade do funcionamento geral da comunidade e o nível geral de psicopatologia.

Julia Kristeva, escritora e psicanalista, em entrevista a Dominique-Antoine Grisoni, em 1987, para a *Magazine Littéraire* (e republicada em novembro de 2005), se pergunta: “Se a melancolia é de novo o ‘mal do século’, se o número de depressões aumenta, isso não se passa em um contexto social onde os laços simbólicos estão rompidos?” (KRISTEVA, 2005, p. 26). Diz ainda:

Nós vivemos uma fragmentação do tecido social que não oferece qualquer segurança, mas ao contrário, uma incitação à fragmentação da identidade psíquica que vivencia o deprimido. (p. 26)

Christophe Dejours, que dirige o Laboratório de Psicologia do Trabalho e da Ação do *Conservatoire National des Arts et Métiers* (Conservatório de Artes e

Ofícios), em Paris, França, onde estuda há mais de trinta anos a relação entre trabalho e doença mental, lançou seu mais recente livro intitulado *Suicide et travail: que faire?* (DEJOURS; BÈGUE, 2009), em que aborda a onda de suicídios no trabalho ocorrida recentemente na França e em outros países. Em entrevista recente, observa que o que é muito novo é a emergência de suicídios e de tentativas de suicídio no próprio local de trabalho, um fenômeno que começou a acontecer na França há apenas 12-13 anos e que atinge todos os países ocidentais. Considera, então, que essa é:

uma mensagem brutal, a pior que se possa imaginar – mas não é uma chantagem, porque essas pessoas não ganham nada com o suicídio. É dirigida à comunidade de trabalho, aos colegas, aos subalternos, à empresa. (DEJOURS, 2010)

Lembra que, no passado, os suicídios ligados ao trabalho ocorriam entre agricultores, assalariados e pequenos proprietários cuja atividade tinha sido destruída pela concorrência das grandes explorações. Esses casos não deixaram de ocorrer, mas a onda de suicídios na indústria se sobrepõe a esses. Para Dejours, o que mudou nas empresas foi a organização do trabalho, especialmente a introdução de novos métodos de avaliação individual do desempenho e de técnicas ligadas à chamada “qualidade total”: “o que mudou é que as solidariedades desapareceram” e sentencia, ainda, que “a destruição pelos gestores dos elos sociais no trabalho fragiliza a todos perante a doença mental” (DEJOURS, 2010). Chama também a atenção para o fato de que as pessoas que mais estão sofrendo a violência da nova organização do trabalho são as que estão mais envolvidas com o trabalho e que, quando são injustamente acusadas ou pressionadas por, por exemplo, não serem coniventes com uma atitude errada que vai contra o código do trabalho, passam então a sofrer rechaços e humilhações ou sucumbem psiquicamente. Salienta ainda que os métodos de dominação atual na organização do trabalho para a qualidade total tendem a destruir o mundo social e aponta para o absurdo de, hoje em dia, o envolvimento demorado com o trabalho representar um verdadeiro perigo.

Essa é também nossa experiência clínica no Programa de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores (PRASMET) do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ): são os trabalhadores mais dedicados e competentes no exercício de seu trabalho que adoecem gravemente diante de situações de impasses incontornáveis da organização do trabalho, tais como excesso de demanda e responsabilidade, desproteção e culpabilização em situações de violência, como assaltos no trabalho e acidentes, chantagens e ameaças por parte de superiores na hierarquia, humilhações e rechaços no ambiente de trabalho (BUCASIO et al., 2005; VIEIRA et al., 2006).

O sociólogo Richard Sennett também estudou as características da organização do trabalho no “novo capitalismo”. Para ele, “flexível” é a nova ordem do trabalho que opera através de três dispositivos principais: a reinvenção descontínua de instituições, a especializa-

ção flexível de produção e a concentração de poder sem centralização (SENNETT, 2000). A reinvenção descontínua de instituições – conhecida como reengenharia ou reestruturação produtiva – produz uma ruptura entre o presente e o passado por meio da mudança flexível que ataca a rotina burocrática. A hierarquia piramidal fordista é substituída por redes horizontais flexíveis, levando à desagregação vertical. A operação pode ser feita através de programas de computador que identificam rapidamente as células pouco produtivas ou ineficientes, orientando a remoção de camadas (*delayering*) e oferecendo a um número menor de administradores controle sobre um número maior de subordinados e ainda conferindo aos membros de uma ilha múltiplas tarefas a cumprir, sobrepondo-as. O fato mais destacado dessa estratégia é a redução de empregos. A especialização flexível enfatiza a inovação em resposta à demanda do mercado, mudando-se as tarefas que os operários têm que fazer semanal ou até diariamente. A terceira característica do regime flexível é a concentração sem centralização, que promete a descentralização do poder conferindo ao trabalhador das camadas mais baixas acesso ao controle do seu trabalho, mas, em contrapartida, todo o tempo do trabalhador passa para as mãos do administrador (o flexitempo). O trabalho é descentralizado, o poder sobre o trabalhador é mais direto. Trabalhar em casa é a última ilha do novo regime. A ilha (o local e as características) de produção também pode mudar de acordo com as necessidades e as decisões dos “andares de cima”, também bastante flexíveis. Essa é a organização do trabalho da “qualidade total”, em que se espera que o trabalhador ou “colaborador” não tenha qualidade especial alguma, que se adapte em qualquer posto a qualquer tempo: o homem sem qualidades (SENNETT, 2000).

Em abril de 1998, a frase “Aqui jaz a categoria” estava escrita a caneta esferográfica numa folha amarfanhada e espetada em uma cruz de gravetos, que por sua vez se equilibrava em uma montanha de papéis, caixas e pastas desalojadas de gavetas, arquivos e armários de vários departamentos administrativos, incluindo o Serviço de Psicologia, o Serviço Médico e o Serviço Social da Companhia do Metropolitano do Rio de Janeiro, o Metrô carioca. No chão, em volta, repousavam caídas e vazias algumas garrafas de vinho que denunciavam de modo ainda mais explícito o gosto de fim de festa. O Metrô havia sido concedido para exploração de suas linhas, por vinte anos, a uma empresa portenha que não precisava mais da “categoria” dos metroviários. Fui chamada ali como psiquiatra. Havia trabalhado no Metrô no período de 1990 a 1992. Em 1998, testemunhei, então, o avesso das marcas subjetivas da construção de uma categoria profissional que havia observado e descrito na minha tese de doutorado pelo IPUB/UFRJ (JARDIM, 1994). O Metrô carioca, que em 1982 havia começado a operar suas linhas, agonizava em crise no início da década de 1990 e, no final dessa mesma década, demitia a sua “categoria” e privatizava as linhas. Essa imagem de morte em vida, de vida subjetiva descartável, parece emblemática desse panorama epidemiológico da depressão na contemporaneidade.

À guisa de conclusão: mais além do emprego, o trabalho como lugar e valor simbólico

A chamada cultura ocidental moderna tem se organizado em torno do trabalho, ou seja, da produção de objetos como valor mediador das trocas sociais, a ponto de o trabalho se tornar um ideal, um gosto, uma vocação, uma nobreza, “ser trabalhador”, “ser profissional”. “Ser trabalhador” torna-se para nós uma marca, uma insígnia (JARDIM; SILVA FILHO, 1996).

Em seu Seminário nos anos de 1968 a 1969, intitulado *De um Outro ao Outro*, Jacques Lacan afirma que foi necessária a absolutização do mercado, chegando a englobar o próprio trabalho, para que a mais-valia aparecesse no discurso como esse trabalho não remunerado embora pago de acordo com a consistência do mercado (LACAN, 2008).

Recentemente, o psicanalista Charles Melman retomou esse ponto de articulação da economia política de Karl Marx com a psicanálise de Lacan para abordar o mal-estar na contemporaneidade, aproximando-se de nosso tema sobre as depressões e o trabalho:

O valor do escravo é efetivamente esse objeto que Marx pôde isolar como sendo o da mais-valia, objeto que é também o do saber, pois Lacan observa que o saber está do lado do escravo, é ele que sabe como transformar a matéria, é ele que sabe cultivar a terra, é ele que sabe construir. Assim, esse objeto é também o do saber, do qual o mestre quer se apropriar. (MELMAN, 2009, p. 361)

Entretanto, a acumulação desses objetos, na sua forma de capital ou de coleções milionárias ou descartáveis, prepondera em importância à própria troca social que a sustenta. Assim, os sujeitos motores da produção tornam-se absolutamente dispensáveis:

Mas se o valor está do lado do escravo, inclusive o saber, o mestre tem algum valor? Há vários tipos de mestre. [...] O mestre capitalista é muito diferente, ele zomba da dignidade humana, ele não precisa mais dela para ser um mestre, basta-lhe ter acumulado todos esses objetos que constituem o capital. Por que é que o escravo lhe obedece? Porque ele precisa viver! Eu insisto aí também, que escolha? O que é que ele pode inventar? (MELMAN, 2009, p. 361)

Os escravos têm escolhido a morte, abalando concepções e estatísticas de mortalidade referida ao trabalho em empresas ao redor do mundo, inclusive na França e no Brasil. Conforme Dejours e Bègue (2009, p. 7), “os suicídios e as tentativas de suicídio nos locais de trabalho aparecem na maioria dos países ocidentais ao longo dos anos 90”. Além dos suicídios, podemos destacar ainda a ocorrência do *karoshi*, literalmente, morte por excesso de trabalho, no Japão.

Melman (2009) lembra que o interesse das organizações é nos indivíduos e nas estatísticas correspondentes e não nos sujeitos, que são sujeitos de desejo

– e o desejo sempre desorganiza as coisas.³ O mesmo psicanalista diz ainda:

[...] partimos de uma comunidade com um bem comum e chegamos a essa estranha privatização, em que aqueles que estão na posição de mestres organizam agora uma sociedade à parte. É uma sociedade, a sociedade dos mestres, muito particular, à medida que ela não tem mais bem comum. Entre os mestres não há senão a concorrência, não há mais solidariedade, não há mais reconhecimento de outrem como um semelhante, e para essa sociedade de mestres não há mais lei. Do outro lado, há os excluídos, os excluídos da comunidade, os excluídos disso que era um bem público, ou seja, aqueles cuja humanidade é negada. (MELMAN, 2009, p. 357)

Negar o trabalho é negar a humanidade. Mas em que termos?

Toda organização do trabalho exclui o sujeito. Então, cabe a cada sujeito inventar um lugar na rede de relações sociais. O que é insuportável é não haver nenhuma possibilidade de lugar para sujeito do trabalho, para ação, para ato, criação, trabalho vivo, portanto, para o desejo. É inadmissível, pois aponta para o totalitarismo nas relações sociais, que o único lugar deixado para o sujeito seja o da passagem ao ato, no suicídio, a falácia da cooperação ou a exclusão pelo desemprego ou doença.

Será, então, mais uma vez, todo esse excesso de depressão, o anúncio desse grande mal-estar no social? De ruptura do laço social? Da ausência de valor para o trabalho real?

Sem pretender responder a essas questões tão amplas quanto candentes e na busca de sustentá-las, cabe-nos lembrar da iconografia da melancolia com seu olhar perdido no horizonte nos fazendo inquirir sobre nós mesmos, nossos ideais, nossos feitos, nossa vida e nossa morte.

Na cultura ocidental moderna que já há muito atingiu também o Oriente, o trabalho tem sido um bem simbólico que articula ordem individual e ordem coletiva em laço social. Quando esse laço é abalado, desamarrado por políticas e medidas econômicas nacionais, internacionais ou empresariais que rompem ou esgarçam esse contrato, o valor trabalho, enquanto bem simbólico, também entra em derrisão. O que não fica imediatamente aparente é que os sujeitos estão profundamente marcados por esse valor enquanto constitutivo de sua própria identidade. Esses efeitos subjetivos são difíceis de medir a curto prazo, mas parece que estão se revelando nos números epidêmicos presentes nas estatísticas das últimas décadas, descritas ao longo deste artigo, e que já preenchem páginas de livros especializados bem estabelecidos.

Mesmo assim ainda resta tentar articular melhor por que seria a depressão e não outra forma de adoecimento que vem tomando todo esse vulto nas grandes e pequenas estatísticas. Para isso, podemos recorrer ao famoso ensaio de Sigmund Freud, *Luto e Melancolia*. Nesse texto, Freud opta por correlacionar a melancolia, enquanto patologia, com o luto, enquanto uma experiência de vida normal e acessível a todos nós. Segundo suas próprias palavras:

O luto é, em geral, a reação à perda de uma pessoa amada, ou à perda de abstrações colocadas em seu lugar, tais como pátria, liberdade, um ideal etc. Entretanto, em algumas pessoas – que por isso suspeitamos portadores de uma disposição patológica – sob as mesmas circunstâncias de perda, surge a melancolia, em vez de luto. (FREUD, 2006, p. 103)

Considerando que Freud chama de melancolia o que nos termos atuais chamamos de depressão grave, a melancolia e o luto compartilham também quase todos os traços clínicos, como o estado de ânimo profundamente doloroso, uma suspensão do interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar e a inibição geral da capacidade de realizar tarefas. Excetua-se um traço, a autodepreciação de cunho delirante, que é exclusiva da melancolia. É essa depreciação do “sentimento-de-Si” que pode levar às ideias de autoextermínio e ao suicídio efetivamente. Já o trabalho do luto culmina liberando o sujeito para suas atividades normais (FREUD, 2006).

Tanto a melancolia, quanto o luto são reações a perdas. De acordo com a psicanálise, não faz diferença se o objeto amado e perdido em questão é uma pessoa ou um ideal, isto é, se é um objeto externo ou um objeto interno. Por isso, podemos articular a perda do emprego ou a ameaça de perdê-lo com o luto ou com a melancolia de acordo com cada caso. Conforme vimos acima, o luto e a melancolia compartilham as mesmas circunstâncias de perda. Por isso, também podemos articular os casos de suicídio no trabalho, referidos acima por Dejours (2010), com a dedicação exaustiva ao trabalho, caracterizando uma via melancólica de reação à perda do ideal internalizado.

Assim, sem pretender esgotar o tema e sim buscando trazê-lo mais para o foco da discussão, a articulação entre o que temos assistido nas estatísticas das depressões no mundo e a precarização das relações de trabalho quase se coloca por si. Se o trabalho não é o nosso único valor, ocupa sem dúvida certa centralidade tanto em relação à subsistência, quanto à inserção social e à constituição subjetiva, num mesmo laço.

Há, do ponto de vista da pesquisa, muitos meandros a serem explorados, e este ensaio pretende ser um estímulo a esses estudos. Entretanto, diante de

³ Como me disse outro dia uma paciente que é artista e trabalha em uma empresa: “A criação é uma zona de desconforto”. Ela falava da dificuldade de sustentar a direção de arte dentro da empresa em que trabalha, onde a produtividade é priorizada, ao mesmo tempo em que apontava o desconforto próprio à criação.

cada caso clínico que nos chega ou de suicídios que se concretizam, não há como esperar. O que fazer?

Essa é a pergunta que não pode calar e que alimenta a nossa prática clínica em cada dia de nossos ambulatorios, onde atendemos trabalhadores empre-

gados, desempregados, adoecidos, em auxílio-doença, aposentados por doença, com risco de perda de emprego, sem acesso à reabilitação profissional, ou seja, sujeitos marcados pelo ideal do trabalho, mas vivendo num mundo em que o estatuto social desse valor está em derrisão.

Referências

- AKISKAL, H. Mood disorders: introduction and overview. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. p. 1284-1298.
- ALMEIDA FILHO, N. Força de trabalho e saúde mental em um setor urbano de Salvador, Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 463-470, 1981.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd. ed., Washington, DC, 1980.
- BLAZER, G. B. Mood disorders: epidemiology. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. p. 1298-1308.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho*. Brasília: MTE, MPS, 2006. Disponível em < http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_090519-153718-038.pdf >. Acesso em: 05 abr. 2011.
- _____. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho*. Brasília: MTE, MPS, 2007. Disponível em < http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_090519-153719-033.pdf >. Acesso em: 05 abr. 2011.
- _____. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho*. Brasília: MTE, MPS, 2008. Disponível em < http://www.mps.gov.br/arquivos/office/3_091125-174455-479.pdf >. Acesso em: 05 abr. 2011.
- _____. Ministério da Previdência Social, 2011. *Auxílios-doença acidentários e previdenciários segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças – CID-10*. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=502>>. Acesso em: 05 abr. 2011.
- BUCASIO, E. et al. Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 86-89, jan./abr. 2005.
- CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- CLAIR, J. *L'art de la mélancolie*: depoimento. [out.-nov., 2005]. Entrevistador: Pierre Assouline. Paris: Le Magazine Litteraire.
- DEJOURS, C. Um suicídio no trabalho é uma mensagem brutal: depoimento. [01 de fevereiro, 2010]. Entrevistador: Ana Gerschenfeld. Lisboa: Público. Disponível em : <http://www.publico.pt/Sociedade/um-suicidio-no-trabalho-e-uma-mensagem-brutal_1420732>. Acesso em: 10 fev. 2010.
- DEJOURS, C.; BÈGUE, F. *Suicide et travail: que faire?* Paris: PUF, 2009.
- FREUD, S. (1917). Luto e melancolia. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*, v. 2: 1915-1920. Coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 99-122.
- JARDIM, S. R. *Processo de trabalho e sofrimento psíquico: o caso dos pilotos de metrô do Rio de Janeiro*. 1994. 314 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria)–Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.
- JARDIM, S.; SILVA FILHO, J. F. Profissão: identificação e projeto. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1/2, p. 101-109, 1996.
- KRISTEVA, J. Les abîmes de l'âme: depoimento. [out.-nov., 2005]. Entrevistador: Dominique-Antoine Grisoni. Paris: Le Magazine Littéraire.
- LACAN, J. (1968-69). *O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- LACAN, J. (1969-70). *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- LEIGHTON, A. *My name is legion*. New York: Basic Books, 1959.
- MELMAN, C. O público e o privado (Conferência proferida na Universidade de Bogotá, em 21 de fevereiro de 2002). In: _____. *Para introduzir à psicanálise nos dias de hoje*. Porto Alegre: CMC, 2009. p. 355-364.
- PRIGENT, H. *Mélancolie: les metamorphoses de la dépression*. Paris: Gallimard, 2005.
- RAMOS, A. Aspectos psiquiátricos da intoxicação ocupacional pelo mercúrio metálico: relato de um caso clínico. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 200-206, 1998.
- RAMOS, A.; JARDIM, S. R.; SILVA-FILHO, J. F. Solvent-related chronic toxic encephalopathy as a target in the

worker's mental research. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, Rio de Janeiro, v. 76, n. 4, p. 757-769, 2004.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

VIEIRA, I. *Utilidade clínica do conceito de burnout: revisão sistemática de estudos longitudinais*. 2009. 123 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental)– Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

VIEIRA, I. et al. Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 352-356, set./dez 2006.

Leandro Dias de Godoy Maia¹
Nícácio Dieger Silva²
Patrícia Helena Costa Mendes³

Síndrome de *Burnout* em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática

Burnout syndrome among community health agents: aspects of their training and practice

¹ Médico do Trabalho, mestre em Cuidado Primário em Saúde e docente da Universidade Estadual de Montes Claros – Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

² Acadêmico do Curso de Medicina – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

³ Cirurgiã-dentista, especialista em Odontologia do Trabalho, mestre em Cuidado Primário em Saúde e docente do programa PET-Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Contato:

Leandro Dias de Godoy Maia
Rua João Souto, 540 – Apto. 801
Montes Claros – Minas Gerais – Brasil
Cep: 39.400-081
E-mail:
leogodoymoc@hotmail.com

Resumo

A síndrome de *burnout* tem recebido destaque em recentes pesquisas por representar não apenas um agravamento à saúde do profissional, mas também um risco aos indivíduos por ele assistidos, principalmente em atividades nas quais o contato humano é um componente preponderante. O objetivo deste estudo é analisar a manifestação de *burnout* em agentes comunitários de saúde (ACS) a partir da literatura revisada, dando ênfase a aspectos de sua formação e prática. Procedeu-se a uma pesquisa de referencial teórico a partir de publicações encontradas na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Importantes fontes de estresse ocupacional levantadas nas referências foram: a função de elo entre serviço e comunidade exercida por este profissional, a proximidade emocional com a população e o contato direto com os problemas socioeconômicos do território. Foi averiguado também que a formação do agente, no que tange aos conhecimentos humano-sociais, é ainda insuficiente. Conclui-se que estas questões suscitam mudanças na formação dos agentes e nas suas condições de trabalho, sendo que os benefícios destas medidas refletir-se-ão também sobre a saúde da população assistida, e que o limitado número de pesquisas empíricas sobre ACS e *burnout* encontradas para este estudo prova a necessidade de pesquisas adicionais para consolidação destes conhecimentos e futuras mudanças na abordagem destes profissionais.

Palavras-chave: esgotamento profissional; saúde ocupacional; auxiliares de saúde comunitária; Programa Saúde da Família.

Abstract

Recent studies have given special attention to burnout as an occupational outcome that affects both professionals as well as those who were cared by them, especially in areas where human contact among people is predominant. The purpose of this study is to analyze, through reviewed literature, the manifestation of burnout syndrome among Community Health Agents (CHA), emphasizing the aspects of their training and practice. The important sources of occupational stress among Brazilian CHA according to the literature searched in the Latin American and Caribbean Health Sciences (Lilacs) bibliographic index were: their role as a link between community and health services, their emotional proximity with the assisted population, and their close contact with the socio-economic problems of their environment. It was also observed that CHA training is unsatisfactory regarding humanities and social science knowledge. These issues bring up the need of changes in CHA training and working conditions, which should also benefit the workers they care for. In addition to it, the limited number of available research on CHA and burnout indicates the need for studies to consolidate these findings and the future changes in training and praxis of these agents.

Keywords: burnout; occupational health; community health agents; Family Health Program.

Recebido: 14/07/2010
Revisado: 02/05/2011
Aprovado: 12/05/2011

Introdução

A atividade laboral e o estresse físico/psicológico possuem relações há muito estabelecidas (MURTA, 2005). Entretanto, os efeitos do estresse gerado no ambiente de trabalho sobre a saúde do trabalhador têm merecido destaque crescente tanto por parte dos pesquisadores e do sistema de saúde, quanto por parte da mídia e dos próprios trabalhadores (SOUZA; SILVA, 2002).

Neste contexto, a síndrome de *burnout*, síndrome do esgotamento profissional ou estafa profissional, destaca-se entre as recentes pesquisas, representando uma entidade própria. Trata-se de uma síndrome que engloba sensações de ineficácia e desapego ao trabalho, atingindo trabalhadores expostos a estressores crônicos presentes no ambiente laboral (CASTILLO RAMÍREZ, 2001; SCHWARTZMANN, 2004; MASLACH, 2009).

A síndrome de *burnout* é reconhecidamente um agravo relacionado às áreas de trabalho nas quais o contato humano é um componente de destaque, ressaltando-se professores, enfermeiros, médicos, assistentes sociais e outros profissionais da saúde e de serviços humanos (CASTILLO RAMÍREZ, 2001; SOUZA; SILVA, 2002; TRIGO; TENG; HALLAK, 2007; TELLES; PIMENTA, 2009). Na área da saúde, o *burnout* assume características ainda mais extensas, pois, uma vez que acomete um profissional responsável pela saúde de outro ser humano, pode, por consequência, atingir indiretamente a saúde deste último também (LINZER et al., 2005; FIGUEIREDO et al., 2009). Por esta peculiaridade, vem sendo dada uma crescente atenção à relação entre *burnout* e trabalhadores da saúde, aos aspectos do trabalho em saúde que contribuem para o seu desenvolvimento e às consequências desse estresse crônico sobre a saúde do profissional, sobre a qualidade do seu atendimento e sobre a saúde de seus pacientes (LINZER et al., 2005).

Até o presente momento, os estudos disponíveis na literatura são focados em médicos e enfermeiros, de forma que pouco se sabe, senão empiricamente, sobre a relação entre *burnout* e outros profissionais de saúde. Dentre estes, destaca-se o agente comunitário de saúde (ACS), um profissional relativamente novo no contexto da saúde pública, singular e essencial à nova estruturação da atenção primária proposta para o país (NASCIMENTO, 2008; DIAS, 2008; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008; FIGUEIREDO et al., 2009).

O propósito deste estudo consiste em avaliar, baseado em dados da literatura, a relação existente entre a síndrome do esgotamento profissional e o agente comunitário de saúde, abordando questões referentes à sua formação e à prática de sua profissão que possam estar relacionadas ao surgimento desta síndrome. Para tanto, pretende-se, por um lado, expor e debater as conexões entre esta síndrome e este profissional, já abordadas na literatura; por outro, e paralelamente, explorar os conhecimentos existentes acerca do *burnout* dentre as publicações legais e científicas relativas à ação e à formação dos ACS com o objetivo de levantar hipóteses adicionais.

Esta revisão tem ainda o intuito de levantar e avaliar a disponibilidade de informações científicas presentes acerca do tema em questão.

Material e métodos

O presente ensaio constitui-se em uma reflexão circunstanciada sobre a literatura produzida a respeito do tema. Para a obtenção do referencial teórico, foi realizada, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), uma consulta à base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), tendo sido utilizados os descritores DeCS/MeSH “Visitadores Domiciliares”, “Auxiliares de Saúde Comunitária” e “Esgotamento Profissional”, considerando “qualquer descritor (OR)”.

Por meio deste levantamento, foram obtidas 462 referências. Procedeu-se a princípio à leitura dos títulos das referências, excluindo-se, então, aquelas que indubitavelmente não abordavam um dos temas em questão. Excluíram-se, então, os trabalhos que discursavam sobre agentes comunitários de saúde de outros países que não o Brasil devido às peculiaridades da inserção prática deste profissional em nosso país. Em seguida, foram analisados os resumos dos artigos restantes, sendo selecionados aqueles que interligavam o tema central “agente comunitário de saúde” aos aspectos relacionados à sua saúde/qualidade de vida, ao seu processo de trabalho, aos riscos inerentes à sua profissão, à sua formação/educação ou às suas concepções sobre estes próprios temas. Incluíram-se tanto trabalhos de revisão, quanto trabalhos empíricos. Foram inclusos, ainda, artigos de revisão de literatura sobre a síndrome de esgotamento profissional. Publicações relacionando a síndrome de esgotamento profissional às classes profissionais específicas que não os agentes comunitários de saúde foram excluídas. Não houve critérios relativos à data de publicação dos trabalhos. Posteriormente à pesquisa no banco de dados, procedeu-se à busca ativa entre as referências bibliográficas dos artigos obtidos com o intuito de identificar trabalhos de relevância que não houvessem sido captados no levantamento inicial. Ao final, foram elencadas 35 publicações, subdivididas nas categorias temáticas: “revisões sobre a síndrome de *burnout*”, “formação do ACS”, “prática do ACS”, “qualidade de vida do ACS”, “manuais e publicações legais sobre o ACS” e “ACS e estresse ocupacional/síndrome de *burnout*”.

Discussão

Em 1974, em um artigo intitulado *Staff Burnout*, o psiquiatra Herbert J. Freudenberger fez uso da expressão *burnout* para definir os sentimentos de fracasso, exaustão e incapacidade observados em voluntários jovens e idealistas que trabalhavam em uma clínica para pacientes dependentes de substâncias psicoativas na cidade de Nova Iorque (FREUDENBERGER, 1974). Embora a expressão já houvesse sido usada para descrever achados

semelhantes a esses, foi a partir dessa publicação que o neologismo adquiriu maiores proporções no meio científico. O termo, em inglês, é formado pela justaposição de duas palavras: *burn*, relacionada ao verbo “queimar”; e *out*, entendida como “totalmente”, “até o fim”. A “erosão psicológica” característica do que veio a ser mais bem definido como uma síndrome é associada à imagem de uma chama que se reduz às cinzas (MASLACH, 2009).

Nas línguas latinas, têm sido usados os termos “queimar-se” ou “consumir-se” quando em substituição à expressão anglo-saxônica, ainda que, em sua maioria, os trabalhos façam uso do termo original, sem tradução (CASTILLO RAMÍREZ, 2001; SCHWARTZMANN, 2004). Ademais, é sinônima a denominação “síndrome do esgotamento (ou estafa) profissional” (SOUZA; SILVA, 2002).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua décima revisão (CID-10), versão 2008, traz o assunto sob o código “Z73.0 Esgotamento: estado de exaustão vital”, dentro do agrupamento “Z70-Z76 Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias”, pertencente ao capítulo XXI: “fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

No Brasil, a síndrome foi oficialmente adicionada às doenças relacionadas à saúde do trabalhador através do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Em seu Anexo II, o decreto apresenta-a na subdivisão “Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho” como “Sensação de estar acabado (‘Síndrome de Burn-Out’, ‘Síndrome do Esgotamento Profissional’)”, tendo como fatores de risco de natureza ocupacional “ritmo de trabalho penoso” e “outras dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho” (BRASIL, 1999). A Portaria Federal nº 1.339/GM-MS, de 18 de novembro de 1999, que institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho, mantém esta mesma redação. No ano de 2001, surge a publicação “Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde”, uma coautoria do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil que aborda o tema de maneira mais ampla, incluindo fatores de risco, diagnóstico e tratamento.

A caracterização da síndrome, todavia, vai além de suas definições legais. Tal caracterização é complexa, não apresentando um consenso entre os estudiosos acerca do tema. Depara-se, na literatura, com uma variedade de opiniões e modelos que buscam delinear os componentes da síndrome do esgotamento profissional. Pode-se dizer, contudo, que a opinião mais utilizada foi introduzida por Maslach et al. em seus trabalhos (CASTILLO RAMÍREZ, 2001; SCHWARTZMANN, 2004). Sob esta autoria, a síndrome de *burnout* é composta por três sintomas ou, mais apropriadamente, três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional – formando o que é conhecido como modelo multidimensional (MASLACH, 2009).

A exaustão emocional, o componente pessoal da síndrome, é representada por uma sensação de desânimo, fraqueza e falta de energia (esgotamento) aliada ao sentimento de incapacidade de lidar com as atividades rotineiras da prática laboral (CASTILLO RAMÍREZ, 2001; TELLES; PIMENTA, 2009). Podem estar presentes outros sintomas psíquicos – como irritabilidade, raiva, impaciência, desesperança e depressão – e somáticos – como cefaleia, mialgia, náuseas e distúrbios do sono. A baixa do sistema imune consequente desses sintomas pode predispor o indivíduo a doenças infecciosas, especialmente de etiologia viral (CASTILLO RAMÍREZ, 2001; TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

A despersonalização é a consequência do distanciamento e das atitudes negativas, indiferentes ou impacientes adotados pelo profissional que sofre desta síndrome (SILVA, 2008). Esta dimensão é a responsável pelo efeito indireto da síndrome de *burnout* sobre as pessoas – e sua saúde – que, na condição de usuários do serviço prestado pelo indivíduo afetado pelo esgotamento profissional, têm contato com este. Porém, é importante a compreensão deste componente como um fator de proteção adotado naturalmente pelo sujeito esgotado (TELLES; PIMENTA, 2009).

A baixa realização profissional é acompanhada de sensações de incapacidade, insuficiência, desmotivação e insatisfação para com o trabalho (TELLES; PIMENTA, 2009). O indivíduo pode acreditar que seus atos não têm valor (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

Questiona-se, porém, a necessidade da presença destes três componentes, uma vez que a maneira pela qual a síndrome se manifesta varia substancialmente entre os indivíduos (SCHWARTZMANN, 2004). A despeito disso, os autores concordam, como já abordado, que a síndrome de *burnout* desenvolve-se a partir da exposição crônica a estressores interpessoais presentes no ambiente de trabalho. A síndrome é uma resposta adaptativa a este estresse crônico estável. É também consenso, desde os primeiros estudos, que a síndrome é predominante em profissionais cujas atividades necessitem contato emocional direto e constante com os usuários daquele determinado serviço, donde se citam os trabalhadores das áreas da saúde, da assistência social, das religiões, da educação, da segurança pública, dentre outras (MASLACH, 2009). Ora, é justamente esta forma de contato (característica destas profissões, nas quais, sendo comum a presença constante de situações de sofrimento, geram-se relações permeadas por dó, medo, frustração e outras formas de tensão entre o profissional e o assistido) que predispõe à exposição crônica a situações de estresse interpessoal (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008). Esta predisposição é ainda mais evidente ao se avaliar que estas mesmas profissões são embasadas em filosofias humanísticas, sob as quais os profissionais (e suas expectativas) são formados, mas que frequentemente se contrapõem à realidade da prática do serviço (TELLES; PIMENTA, 2009). Não obstante, a síndrome de *burnout* tem sido recentemente relacionada a ocupa-

ções de outras áreas como consequência do processo de focalização do atendimento no cliente (MASLACH, 2009).

As causas desta síndrome, que devem ser mais bem compreendidas como fatores de risco, são múltiplas. Estudos realizados com este intuito demonstram que estão envolvidas questões relacionadas ao próprio indivíduo, ao ambiente de trabalho e até mesmo à estrutura social que ampara este indivíduo (CASTILLO RAMÍREZ, 2001; MURTA, 2005; TRIGO; TENG; HALLAK, 2007). Dentre os fatores de risco pessoais, podem-se citar comportamentos competitivos, esforçados, impacientes, superenvolvidos, pessimistas, perfeccionistas, passivos e aqueles que alimentam grandes expectativas em relação à própria profissão. Cabe assinalar que alguns estudos indicam que pessoas com nível cultural mais elevado, solteiros, viúvos e divorciados também estão mais propensos (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007). Fatores laborais incluem sobrecarga, trabalho em turnos/noturno, suporte organizacional precário, relacionamento deficitário com os colegas, falta de autonomia, burocracia excessiva e contato próximo entre profissional e usuário, em especial quando aquele, por meio de sua profissão, tem responsabilidades sobre a vida deste. Deve ser considerado, ainda, o amparo familiar e social do qual dispõe o indivíduo, bem como outras questões sociais e culturais que, influenciando o pensar e o agir deste, possam predispor-lo a comportamentos de risco. Assim, a forma como o indivíduo responde ou enfrenta estas situações (de risco) influenciam no surgimento ou não da síndrome, bem como no modo pelo qual ela irá se manifestar (MURTA, 2005). Por meio desses conhecimentos, é possível compreender porque a simples presença do estresse ocupacional não é sinônimo de desenvolvimento da síndrome de *burnout*, no aspecto holístico de sua definição (CAMELO; ANGERAMI, 2004; SCHWARTZMANN, 2004).

As consequências da síndrome de *burnout*, por sua vez, também podem ser vistas nestas mesmas três esferas. Os efeitos sobre o próprio indivíduo entrelaçam-se com os sintomas descritos para a síndrome: podem surgir manifestações somáticas, tais como cefaleias, dores osteomusculares, distúrbios gastrointestinais, cardiovasculares (incluindo risco aumentado para infarto agudo do miocárdio) e do sono, disfunções sexuais e menstruais, associadas, como mencionado, a uma maior predisposição a infecções, decorrente da baixa do sistema imune; e psíquicas, a citar distúrbios de atenção, concentração e memória, labilidade emocional, baixa autoestima, predisposição ao consumo de drogas (lícitas e ilícitas) e ao suicídio, dentre outras (CASTILLO RAMÍREZ, 2001; CAMELO; ANGERAMI, 2004; TRIGO; TENG; HALLAK, 2007). Há um maior número de absenteísmos ao trabalho que, associado a uma queda da qualidade dos serviços prestados pelo indivíduo esgotado, pode trazer prejuízos mensuráveis à instituição para a qual este trabalha. É importante lembrar que o sujeito esgotado pouco se empolga, se esforça ou estimula sua criatividade. Há negligência, imprudência, mau atendimento e ou-

tros erros (SCHWARTZMANN, 2004; TRIGO; TENG; HALLAK, 2007). Esses mesmos malefícios que atingem a instituição refletem-se também em seus clientes (CAMELO; ANGERAMI, 2004). Enquanto o mau atendimento pode repercutir sobre a saúde psíquica do usuário, os erros, independentemente de sua natureza, podem trazer consequências ainda mais sérias. Ao se falar de assistência à saúde e erro médico, o assunto adquire destaque adicional.

Conhecer, assim, a definição, os componentes, as causas e os prejuízos da síndrome de *burnout* ajuda a compreender a relação entre esta síndrome e os ACS dentro de suas significativas peculiaridades. Considerando o ACS sob a ótica de singularidade que lhe é atribuída, Nunes et al. (2002) definem-no como um profissional “híbrido” e “polifônico”, de maneira que, funcionando como um mediador entre a comunidade atendida e o serviço de saúde (o que lhe é possibilitado pela sua formação baseada em conhecimentos biomédicos contraposta à sua origem comunitária local), acaba se situando em uma posição de destaque na consolidação e no funcionamento da Estratégia Saúde da Família (ESF). De fato, é recorrente nos diversos trabalhos a caracterização do ACS como um articulador e formador do elo entre serviço de saúde e comunidade (SILVA, 2001; NUNES et al., 2002; CAMELO; ANGERAMI, 2004; KLUTCHOVSKY et al., 2007; NASCIMENTO; DAVID, 2008; VASCONCELOS; COSTA-VAL, 2008; NASCIMENTO; CORREA, 2008; BORNSTEIN; STOTZ, 2008; SILVA, 2008; FIGUEIREDO et al., 2009; FERREIRA et al., 2009; TELLES; PIMENTA, 2009). Assim, ele, ao mesmo tempo, vivencia as contradições entre estas duas esferas e possibilita seu diálogo e compreensão mútua (NUNES et al., 2002). Não por acaso, esta é, historicamente, a ideia essencial do ser ACS (SILVA; DALMASO, 2002; TOMAZ, 2002).

O ACS não se resume, porém, a apenas um elemento de comunicação entre servidores e usuários. Em verdade, é o representante de uma classe de trabalhadores da saúde relativamente nova à qual é delegado o cumprimento de uma série de funções. O surgimento desta classe no Brasil remonta à instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e, posteriormente, do Programa Saúde da Família (PSF) – hoje definido como uma estratégia (portanto, ESF) –, em 1994. A ESF constitui o alicerce da atual política de Atenção Primária à Saúde (APS) adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a). Ideologicamente, a ESF é delineada por uma série de princípios que se encontram com aqueles definidos para o SUS, atuando por meio de ações de prevenção de agravos e promoção e recuperação da saúde, de maneira integral e contínua, em uma abordagem focada na comunidade e nas suas variáveis (BRASIL, 2006a). Em termos organizacionais, os municípios são divididos em territórios e estes, em microáreas. Cada território recebe uma Equipe de Saúde da Família (que, por definição, deve conter, no mínimo: médico, enfermei-

ro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Ressalta-se que cada microárea fica a cargo de um ACS (BRASIL, 2006a).

As atribuições deste profissional estão diferentemente enumeradas em duas publicações legais: na Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (Brasil, 2006b); e no Anexo I da Portaria nº 648-GM, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a). A Portaria, em seu Anexo I, traz como atribuições específicas do ACS:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002. (BRASIL, 2006a).

A Portaria informa, ainda, que devem somar-se a estas atribuições aquelas aplicáveis a todos os profissionais das Equipes de Saúde da Família, ditas atribuições globais. Estas, em síntese, apresentam-se como uma reescrita mais abrangente e detalhada dos comentados princípios da ESF.

A Lei, por sua vez, levanta em seu texto que são atividades do ACS:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade; II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (BRASIL, 2006b).

Embora se apreciem vocábulos diferentes na composição de ambos os textos, as ideias apresentadas são perceptivelmente as mesmas. Aborda-se a função de elemento coesivo entre a equipe de assistência à saúde e a população, já mencionada, e dá-se ao ACS a função coo-

perativa de trabalhar nas ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, em seu planejamento e execução, de maneira diagnóstica e preventiva. Citam-se, nesse contexto, a visita domiciliar, a criação e a manutenção de uma base de dados locais e a utilização de ferramentas de diagnóstico demográfico, atividades pelas quais esses propósitos devem ser alcançados. Esta definição legal, embora completa e certamente útil para este fim, torna-se vaga quando de sua aplicabilidade prática.

Indo além desta abordagem, o ACS é um profissional da área da saúde que deve estar apto a realizar diversos procedimentos, como pesar e aferir a altura de crianças, conferir-lhes o cartão vacinal e promover a complexa arte da educação em saúde em temas variados, especialmente nos campos da alimentação, da higiene e do autocuidado (NUNES et al., 2002; FERREIRA et al., 2009). É, portanto, uma profissão composta por afazeres técnicos.

O ACS deve estar também apto a, pelo que lhe conferem as características da sua atuação, deparar-se com situações precárias de saúde e vida, bem como de diferentes formas de desigualdade social; aptidões estas não adquiridas sequer pela maioria dos outros profissionais da área da saúde, que têm formação acadêmica (SILVA; DALMASO, 2002; TELLES; PIMENTA, 2009). Sendo assim, é uma profissão que exige do ACS “a capacidade de enfrentar o dinamismo dos problemas da realidade sanitária” (KLUTCHOVSKY et al., 2007, p. 177).

Por meio da abordagem familiar, o ACS é também o principal responsável da equipe em levar a atenção à saúde para a esfera domiciliar (NUNES et al., 2002; FERREIRA et al., 2009). Sob este ato, há também outras duas finalidades: a de passar à população uma maior capacidade de enfrentamento de seus próprios problemas sanitários, através da transmissão de conhecimentos em saúde (SILVA, 2001; NUNES et al., 2002; BORNSTEIN; STOTZ, 2008), e a de, no sentido inverso, retransmitir ao serviço de saúde as informações que, tendo valor diagnóstico ou estatístico para a equipe, sejam colhidas ou percebidas pelo ACS em suas visitas (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007; NASCIMENTO; CORREA, 2008; BORNSTEIN; STOTZ, 2008). Tal incumbência traz uma aproximação duradoura e muitas vezes íntima com os moradores, que, associada ao fato de o ACS já residir naquela mesma área, traz uma inegável carga de intenso envolvimento emocional (CAMELO; ANGERAMI, 2004; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008; BORNSTEIN; STOTZ, 2008; BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008; FERREIRA et al., 2009).

Pelo exposto, tem-se, sinteticamente, uma visão do processo de trabalho do ACS. Assim, cabe aqui o relacionar ao que já foi abordado sobre a síndrome de *burnout*. Em primeiro lugar, cumpre analisar a unânime função de elo entre serviço e comunidade, saber científico e saber popular. Esta é, sem dúvida, a característica do ACS mais benéfica tanto ao serviço, quanto à comunidade. A união entre os dois saberes permite que ele faça com que um polo entenda melhor o ou-

tro, possibilitando às ações desenvolvidas um alcance maior. Entretanto, é esta mesma característica que o põe em outra posição singular: a de ser duplamente cobrado (SILVA; DALMASO, 2002; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008; FIGUEIREDO et al., 2009). Tanto a equipe, como a população depositam sobre o ACS anseios e expectativas que, cronicamente, tornam-se fortes estressores. A necessidade de constante auto-adaptação imposta pela função de mediador traduz uma instabilidade na maneira de trabalho que também pode transformar-se em fonte de estresse laboral crônico (KLUTCHOVSKY et al., 2007).

O que permite ao ACS entender-se como elo é, principalmente, a sua residência no território atendido, isto é, por definição legal, um dos requisitos para que um indivíduo possa vir a ingressar na profissão (BRASIL, 2006b). A função de tradutor deve ser entendida como possível não pelo fato do ACS ser um profissional que segue o caminho de leigo a profissional da saúde sem, necessariamente, passar por uma formação acadêmica – o que tornaria desnecessária sua residência no território –, mas sim pelo fato dele compartilhar com a comunidade atendida o mesmo padrão social, cultural e, principalmente, linguístico, o que só é conseguido a partir deste requisito (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008; FERREIRA et al., 2009). Este compartilhamento, por sua vez, também coloca o ACS em uma posição de vantagem no entendimento das variáveis sociais e demográficas que predispoem o território e a população em questão a determinados agravos (FERREIRA et al., 2009).

Contrariamente, devido à proximidade física, social e, às vezes, emocional com a comunidade, o ACS acaba por continuar o desenvolvimento de suas atividades durante o seu tempo livre – em finais de semana, feriados ou mesmo no seu dia a dia, ultrapassando o horário estabelecido para sua função (AZAMBUJA et al., 2007; SILVA, 2008; WAI; CARVALHO, 2009). A população tende a solicitar, com naturalidade, os serviços do ACS em parte devido à imagem de um profissional que está sempre disposto a ajudar, comumente associada ao agente (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008; NASCIMENTO; CORREA, 2008). Além disso, as atividades que o ACS exerce, na prática, frequentemente extrapolam as obrigações da sua profissão (NASCIMENTO; CORREA, 2008; NASCIMENTO; DAVID, 2008; FERREIRA et al., 2009), especialmente devido ao fato de suas atribuições, quando expostas, serem mal delimitadas (TOMAZ, 2002). Estes fatores causam uma clara sobrecarga de trabalho ao agente, o que, como demonstrado, é um importante fator de risco para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Nascimento e David (2008), assim como Wai e Carvalho (2009), apontaram, em seus estudos, que muitos ACS queixavam-se dessa demanda adicional, mas a maioria não conseguia impor limites aos pedidos da população, alimentando a imagem do agente “sempre disposto a ajudar”.

A literatura ressalta também o sentimento de impotência descrito pelos ACS frente aos problemas econômicos e sociais da comunidade (DUARTE; SILVA;

CARDOSO, 2007; AZAMBUJA et al., 2007; NASCIMENTO; DAVID, 2008; BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008; SILVA, 2008). Este sentimento representa, em outras palavras, uma grande expectativa depositada sobre a profissão por parte dos próprios agentes, superior à sua capacidade de resolução. Ora, esta expectativa desproporcional é, como citado anteriormente, um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do esgotamento profissional e reflete, novamente, uma incompreensão dos limites de atuação do ACS.

Nesta mesma linha, Bachilli, Scavassa e Spiri (2008) observaram em sua pesquisa que a maioria dos ACS desconhecia, à época de seu ingresso nesta profissão, as características e as atribuições do trabalho que viriam a desenvolver. Muitos acreditavam que era este um trabalho mais burocrático, com pouca aproximação à comunidade e ao restante da própria equipe de saúde. Relatam também que alguns dos ACS entrevistados entraram para a ESF no momento de sua implementação naqueles municípios, de forma que este contexto “era algo novo para eles, para os gestores e para os usuários” (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008, p. 54). Os autores incrementam o assunto com a aferição de que, na verdade, muitos profissionais da saúde (inclusive servidores do SUS) ainda desconhecem as verdadeiras funções deste profissional. É fato que estes aspectos tendem a mudar positivamente com o natural avanço da área de cobertura da ESF, do seu conhecimento por parte da população e da sua divulgação na mídia. Todavia, é importante lembrar que a síndrome de *burnout* é caracteristicamente crônica e que situações estressantes são, muitas vezes, cumulativas. Assim, este choque entre expectativa e realidade enfrentada por certos ACS no passado pode ter sido mais uma importante fonte de estresse que culminou no surgimento da síndrome percebida hoje em alguns destes profissionais. Merece, portanto, ser lembrada e abordada sempre que um trabalho terapêutico for feito com estes profissionais no âmbito desta síndrome.

A proximidade emocional entre agentes e comunidade também é outra possível fonte de estresse. Os ACS sentem, por vezes, maiores dificuldades na abordagem de tabus ou assuntos polêmicos importantes à saúde, pois as pessoas para as quais eles transmitem estes conhecimentos não são apenas seus pacientes, mas também seus vizinhos, parentes ou amigos (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007; WAI; CARVALHO, 2009). Isto gera ansiedade e insegurança, que se traduzem em estresse. Wai e Carvalho (2009) levantaram, ainda, a falta de privacidade dos ACS (advinda desta proximidade com a comunidade) como outro fator de estresse crônico. Além disso, esta posição expõe o agente a possíveis conflitos e dificuldades de relacionamento não apenas com pessoas da comunidade, mas também com os colegas membros da equipe de saúde, o que deve ser considerado na gênese da síndrome de *burnout* nesses profissionais (KLUTCHOVSKY et al., 2007).

Neste âmbito do relacionamento interpessoal dentro do ambiente de trabalho, Ferreira et al. afirmam haver um verdadeiro “jogo de disputa na equipe de saúde

da família” (FERREIRA et al., 2009, p. 902). Segundo os autores, o ACS é representado no imaginário dos outros integrantes da equipe como o trabalhador manual, aquele que, desprovido de um conhecimento especializado em saúde, realiza um trabalho de menor valor. A principal consequência prática desta forma de pensar seria a exclusão do ACS dos processos de tomada de decisão (FERREIRA et al., 2009). Sem dúvidas, uma vez percebida pelo agente, esta atitude constituir-se-ia em uma significativa fonte de estresse. Em adição, o fato dos demais membros da equipe serem portadores de um maior nível educacional, salarial e de prestígio social é, por si só, outra fonte de estresse para os ACS (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

Por fim, deve-se lembrar de que o ACS é mais um trabalhador da saúde e que, portanto, está também exposto aos clássicos estressores atribuídos aos outros profissionais da área. Os agentes estão constantemente em contato com pessoas em estado de sofrimento e angústia, com pacientes moribundos e até com a morte. Ao resgatar-se que o ACS tem uma aproximação maior com a população, é de se esperar que a convivência com estas situações seja ainda mais impactante para este profissional.

Diante desta ampla teia de possíveis situações geradoras de estresse crônico no ambiente e na atuação profissional do ACS, é importante que se entenda como a formação deste trabalhador se relaciona, positiva ou negativamente, com o surgimento da síndrome de *burnout*.

Segundo a Portaria nº 648-GM, de 28 de março de 2006, toda a equipe de saúde da família deve passar por um curso introdutório, que deve iniciar-se em até três meses após a implantação da Unidade de Saúde da Família, ficando sua realização a cargo da Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2006a). Em seu Caderno de Atenção Básica nº 2, o Ministério da Saúde recomenda que este curso, orientado por uma metodologia ativa de ensino, contenha informações sobre: os princípios e as diretrizes da ESF e do SUS; o diagnóstico sociocultural e demográfico da comunidade; os sistemas de informação em saúde; e noções de trabalho em equipe e intersectorialidade (BRASIL, 2000b). O Ministério recomenda, ainda, que a equipe vivencie um processo de educação continuada, por meio de módulos direcionados às necessidades levantadas pelos próprios profissionais e pela comunidade atendida (BRASIL, 2000a).

Na prática, o processo de capacitação dos ACS é muito variável (BORNSTEIN; STOTZ, 2008) e, por vezes, insuficiente (SILVA; DALMASO, 2002; TOMAZ, 2002; SILVA; CARDOSO, 2007; AZAMBUJA et al., 2007; SILVA, 2001; BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008). Esta afirmação está principalmente pautada na carência de uma formação que abranja conhecimentos da área das ciências humanas (SILVA; DALMASO, 2002; TOMAZ, 2002; BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008). No contexto da prevenção da síndrome do esgotamento profissional, são justamente estes conhecimentos os mais importantes à formação do ACS. Segundo Duarte, Sil-

va e Cardoso (2007) e, ainda, Bachilli, Scavassa e Spiri (2008), é por meio de uma educação que aborde relacionamento humano, liderança, autonomia, questões psicológicas relacionadas ao trabalho e outros temas afins que o ACS poderá enfrentar melhor as referidas situações estressantes encontradas no seu dia a dia. Wai e Carvalho (2009) defendem ainda que é preciso haver uma constante supervisão dos ACS por parte dos enfermeiros das USF, atentando para eventuais falhas na capacitação dos agentes e os auxiliando a lidar com as adversidades do trabalho. Por fim, faz-se necessário, durante a capacitação dos ACS, conscientizá-los de que sua profissão tem limitações e que os problemas socioeconômicos enfrentados pela comunidade extrapolam estes limites, sendo sua resolução de responsabilidade intersectorial (AZAMBUJA et al., 2007).

Tendo em vista o que foi apresentado sobre a síndrome de *burnout* e sua relação com o processo de trabalho e a formação dos ACS, cumpre, então, abordar as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes profissionais. Estas estratégias consistem nos artifícios usados pelos agentes para lidar com os estressores crônicos presentes no seu ambiente de trabalho, combatê-los ou os amenizar. Pode-se citar: a prática de atividades físicas (que produz endorfinas e provoca uma sensação de bem-estar); o consumo de uma alimentação “antiestresse” saudável (que visa suprir os nutrientes gastos nas situações de estresse); a realização de atividades de lazer, das mais variadas; o uso de técnicas de relaxamento e meditação – que diminuem a frequência cardíaca e o consumo de oxigênio, reduzindo a ansiedade (SOUZA; SILVA, 2002).

A busca por suporte social em amigos, parentes, grupos de apoio e crenças religiosas é outra estratégia de enfrentamento (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008; TELLES; PIMENTA, 2009). O incentivo, por parte dos gestores, e a disponibilização de tempo e espaço para a realização das práticas de relaxamento e lazer são um ponto de grande importância neste combate ao estresse laboral (SOUZA; SILVA, 2002), minimizando os danos aos profissionais e, conseqüentemente, melhorando os serviços prestados à população (CAMELO; ANGERAMI, 2004; SILVA, 2008). Finalmente, existem também as medidas terapêuticas, como as formas de intervenção psicológica e comportamental (TELLES; PIMENTA, 2009).

Telles e Pimenta (2009) e Vasconcellos e Costa-Val (2008) notaram em suas pesquisas que é recorrente entre os ACS a busca por apoio religioso e outras formas de apoio social no combate ao estresse. Telles e Pimenta (2009) observaram ainda que as principais estratégias relatadas pelos ACS em seu estudo foram aquelas focadas no problema, por meio das quais o profissional tenta encarar e resolver (ou aprender a lidar com) a situação estressora. Esses autores apontaram que os ACS entrevistados não tinham o hábito de praticar exercícios físicos (TELLES; PIMENTA, 2009). Wai e Carvalho (2009) perceberam em seu estudo outras estratégias, além das citadas, como a prática de atividades de lazer e meditação, a partilha de experiências com os colegas

de equipe, a tentativa de encarar positivamente a situação ou, em outra linha, de se desprender emocionalmente do trabalho, a busca por formas de psicoterapia ou assistência social e o uso de antidepressivos. Algumas formas de enfrentamento não foram mencionadas nos artigos como estratégias usadas pelos ACS, o que pode significar uma falta de conhecimento dos reais benefícios dessas práticas e atitudes no manejo do estresse crônico e, por conseguinte, na prevenção da síndrome de *burnout*.

Considerações finais

No presente ensaio, buscou-se discutir aspectos apresentados na literatura levantada como fatores de risco para o surgimento da síndrome de *burnout* presentes na profissão e na capacitação dos ACS. A função de mediador/tradutor entre a equipe e a comunidade, a proximidade física e, principalmente, emocional com a população e o contato direto com os problemas macro-estruturais do território foram levantados como potenciais fontes de estresse que estão naturalmente presentes na prática diária deste profissional.

Percebe-se, assim, que a maioria das fontes de estresse na ocupação do ACS não pode ser modificada ou evitada, uma vez que se constituem em aspectos essenciais à atuação desse profissional. Por isso, faz-se mister que estes fatores sejam devidamente abordados na formação do agente. Se o estresse ocupacional nestes casos deve-se em grande parte ao choque provocado por estas situações em um agente despreparado para lidar com elas, a compreensão dos riscos inerentes ao seu processo de trabalho e das limitações de sua função são importantes formas de prevenção do esgotamento profissional. Nesta linha de pensamento, é também de suma importância que sejam claras e bem delimitadas aos agentes, aos demais membros da equipe, aos gestores e à população as reais atribuições do ACS. Tomaz (2002) aponta o cuidado que se deve ter em não promover uma “super-heroização” ou “romantização” do ACS, inculcando-lhe responsabilidades e papéis que extrapolam estas atribuições por lei definidas. O ACS é, indubitavelmente, um profissional essencial à ESF, mas é, ao mesmo tempo, apenas mais um membro da equipe, com afazeres preestabelecidos que completam os dos demais membros.

O processo de formação deste profissional, por sua vez, deixa a desejar. Ainda que não se questione aqui o aspecto técnico desta formação, percebeu-se na literatura referências a um déficit de conhecimentos humanísticos na preparação do ACS. Esta carência priva o agente dos conhecimentos necessários ao correto enfrentamento das situações de estresse presentes em seu trabalho e, especialmente, daquelas que envolvem relações sociais.

Quanto às estratégias de enfrentamento, parece haver, em parte, um desconhecimento por parte dos ACS da ampla gama de atividades que podem ser desenvol-

vidas com o intuito de minimizar os efeitos do estresse laboral. Há também uma negligência por parte dos gestores ao não abordarem estas questões com os trabalhadores da saúde da família. É importante que ambos, os ACS e os seus superiores, estejam interessados em prevenir o surgimento da síndrome de *burnout*. Neste sentido, Trindade (2007) sugere a instituição de programas de apoio social e de estímulo e melhoramento do trabalho em equipe, bem como que o planejamento dos serviços a serem desenvolvidos seja feito com auxílio de todos os membros das USF, visando promover seu crescimento profissional e individual e, conseqüentemente, melhorar a assistência prestada. Murta (2005), ao investigar programas de manejo de estresse ocupacional, afirma, ainda, que existem evidências consistentes de que a utilização de intervenções focadas no indivíduo (sessões de relaxamento, fornecimento de informações a respeito de causas e conseqüências de estresse, treino em solução de problemas etc.) produz efeitos benéficos para a sua saúde.

O levantamento destes aspectos é um passo essencial para que se pense em mudanças na formação destes profissionais, nas suas condições de vida e trabalho e no apoio (preventivo e terapêutico) destinado a eles. Os benefícios deste enfoque recairão não apenas sobre a saúde dos ACS, mas também sobre a população assistida por eles. Acreditamos ser este um dos principais avanços obtidos com este e outros trabalhos similares: despertar a atenção, inicialmente, para os fatores de risco da síndrome de *burnout* existentes na profissão do agente, de forma a tomar atitudes preventivas adequadas e; despertar a atenção, também, para as manifestações do esgotamento profissional nestes sujeitos de forma a abordá-lo precocemente.

Acreditamos, ainda, que o presente estudo contribuiu tanto para reunir e apontar algumas das relações já estabelecidas entre o *burnout* e os ACS nos artigos específicos sobre o tema, quanto para discutir outros possíveis pontos de encontro entre estes dois temas, destacando aspectos do processo de formação, das atribuições e da atuação cotidiana dos agentes que são classicamente entendidos como fatores de risco para a síndrome. Por outro lado, pôde-se constatar que há, no momento, número ainda insuficiente de pesquisas de campo buscando comprovar tais relações. Há que se notar, assim, que as informações aqui levantadas têm seu limite imposto por tal comprovação prática ainda deficitária.

Portanto, com o intuito de que se promovam evidências para que seja possível generalizar tais constatações e, conseqüentemente, dar ainda mais força às mudanças acima mencionadas, é importante que mais trabalhos de campo associando ACS e síndrome de *burnout* sejam desenvolvidos. As questões trabalhadas neste ensaio precisam ser averiguadas em pesquisas empíricas com ACS, de forma a possibilitar uma consolidação destes conhecimentos e uma futura mudança na abordagem destes profissionais.

Contribuições de autoria

Maia, L. D. de G.: contribuiu para a formação da ideia inicial do ensaio, auxiliou na formulação e na delimitação do projeto, procedeu à pesquisa de artigos e demais materiais que compuseram o referencial teórico do ensaio, participou da leitura e da análise das referências levantadas, agiu como redator do escopo do ensaio e atuou na avaliação crítica e aprovação do texto final. Silva, N. D.: contribuiu para a formação da ideia inicial do ensaio, auxiliou na formulação e na delimitação do projeto, procedeu à pesquisa de artigos e demais materiais que compuseram o referencial teórico do ensaio, participou da leitura e da análise das referências levantadas, agiu como corredor do escopo do ensaio e atuou na avaliação crítica e na aprovação do texto final. Mendes, P. H. C.: contribuiu para a formação da ideia inicial do ensaio, auxiliou na formulação e na delimitação do projeto, participou da leitura e da análise das referências levantadas e atuou na avaliação crítica e na aprovação do texto final.

Referências

- AZAMBUJA, E. P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan./mar. 2007.
- BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 51-60, 2008.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008.
- BRASIL. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília-DF, 7 maio 1999. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>>. Acesso em: 28 abr. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Educação Permanente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Treinamento Introdotório*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.
- _____. Portaria nº 648-GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 28 mar. 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em: 28 abr. 2010.
- _____. Lei nº 11.350, de 5 de Outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília-DF, 6 out. 2006b. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11350.htm>>. Acesso em: 28 abr. 2010.
- CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 14-21, jan./fev. 2004.
- CASTILLO RAMÍREZ, S. El Síndrome de Burn Out o Síndrome de agotamiento profesional. *Medicina Legal de Costa Rica*, Heredia, v. 17, n. 2, mar. 2001.
- DIAS, W. F. *Meios de trabalho-espaco de vida: a atividade de trabalho dos agentes comunitários de saúde no município de Juiz de Fora, MG*. 2008. 103 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.
- DUARTE, L. R.; SILVA, D. S. J. R.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 23, p. 439-47, set./dez. 2007.
- FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr. 2009.
- FIGUEIREDO, I. M. et al. Qualidade de vida no trabalho: percepções dos agentes comunitários de equipes de saúde da família. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 262-267, abr./jun. 2009.
- FREUDENBERGER, H. J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.
- KLUTCHOVSKY, A. C. G. C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 29, n. 2, p. 176-183, 2007.
- LINZER, M. et al. Organizational climate, stress, and error in primary care: the MEMO Study. In: CLANCY C. (Ed.). *Advances in patient safety: from research to implementation*. Rockville: Agency for

- Healthcare Research and Quality, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=aps&part=A194>>. Acesso em: 28 abr. 2010.
- MASLACH, C. Compreendendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, v. 11, n. 32, p. 37-43, abr./jun. 2009.
- MURTA, S. G. Programas de manejo de estresse ocupacional: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 159-177, dez. 2005.
- NASCIMENTO, C. N. B. *Análise do cumprimento das práticas dos agentes comunitários de saúde em municípios da região metropolitana do Recife*. 2008. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.
- NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun. 2008.
- NASCIMENTO, G. M.; DAVID, H. M. S. L. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 550-556, out./dez. 2008.
- NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov./dez. 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 28 abr. 2010.
- SCHWARTZMANN, L. Estrés laboral, síndrome de desgaste (quemado), depresión: ¿estamos hablando de lo mismo? *Ciencia & Trabajo*, v. 6, n. 14, p. 174-184, out./dez. 2004.
- SILVA, A. T. C. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.
- SILVA, J. A. *O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?* 2001. 231 f. Tese (Doutorado em Administração Hospitalar)–Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002.
- SOUZA, W. C.; SILVA, A. M. M. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 19, n. 1, p. 37-48, jan./abr. 2002.
- TELLES, S. H.; PIMENTA, A. M. C. Síndrome de burnout em ACS e estratégias de enfrentamento. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 467-478, 2009.
- TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.
- TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007.
- TRINDADE, L. L. *O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para saúde do trabalhador*. 2007. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- VASCONCELLOS, N. P. C.; COSTA-VAL, R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa – MG. *Revista de APS*, v. 11, n. 1, p. 17-28, jan./mar. 2008.
- WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 563-568, out./dez. 2009.

Marcia Hespanhol Bernardo¹
Andréia De Conto Garbin²

A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades

Work-related mental health care in the Brazilian national health system: challenges and possibilities

¹ Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil.

² Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, Brasil.

Contato:

Marcia Hespanhol Bernardo
PUC-Campinas
Avenida John Boyd Dunlop, s/n – Jardim Ipaussurama
CEP 13.060-904 – Campinas – SP
E-mail:
marciahb@puc-campinas.edu.br

Resumo

Este ensaio contextualiza a estruturação das áreas de saúde mental e saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) com o intuito de discutir as possibilidades de atuação intrasetorial com relação à saúde mental relacionada ao trabalho. Inicia mostrando a complexidade das áreas programáticas de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador e indica que os maiores desafios a serem superados no contexto atual são a integração entre elas e a superação de uma “cultura” ainda presente na sociedade, segundo a qual o trabalho, quase sempre, tem uma conotação positiva e o sofrimento/adoecimento psíquico é visto como um sinal de fraqueza pessoal. A partir do relato de experiências, também aborda as possibilidades e os desafios na atenção à saúde mental relacionada ao trabalho nos diferentes níveis de atenção do SUS. Focaliza, mais especificamente, as ações possíveis na rede básica, o potencial da integração entre serviços especializados de saúde mental e de saúde do trabalhador para o estabelecimento denexo causal, a importância dos eventos sentinelas e a necessidade da notificação dos agravos à saúde mental relacionados ao trabalho.

Palavras-chave: saúde mental e trabalho; saúde mental; saúde do trabalhador; SUS; agravos à saúde mental.

Abstract

This essay sets the context of mental health and worker's health care in Brazilian National Health System and discusses possible actions regarding work-related mental health. It begins by presenting the complexity of both Mental Health and Worker's Health programmatic areas and points out two main challenges yet to overcome in the current context: integrating both health care systems and rejecting the current "culture", in which work receives a positive connotation, while psychic suffering/illness is seen as a personal weakness. Based on reports of experience, the article also brings up the possibilities and challenges of work-related mental health care in different levels of care offered by Brazilian National Health System. It focuses more specifically on possible actions to be taken at primary care level as well as at the potential integration between mental health specialized services and worker's health, aiming at establishing causal nexus. It also demonstrates the importance of sentinel surveillance and the need of compulsory notification of work-related mental health disorders.

Keywords: mental health and work; mental health; occupational health; health system; mental health disorders.

Recebido: 17/02/2010
Revisado: 01/10/2010
Aprovado: 08/10/2010

Introdução

Este ensaio tem por objetivo discutir as possibilidades de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) nos seus diversos níveis com relação à atenção à saúde mental relacionada ao trabalho. Entendemos que os maiores desafios a serem superados no contexto atual sejam a integração entre as áreas programáticas de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador e a superação de uma cultura ainda presente na sociedade, segundo a qual o trabalho, quase sempre, tem uma conotação positiva e o sofrimento/adoecimento psíquico é visto como um sinal de fraqueza pessoal.

Saúde Mental e Saúde do Trabalhador: uma integração possível?

Esses dois campos têm em comum a concepção de saúde como fenômeno social e de interesse público. Pode-se também dizer que ambos ganharam espaço relevante enquanto áreas programáticas do SUS devido à mobilização de movimentos populares e de profissionais de saúde, tais como o Movimento de Reforma Sanitária (CAMPOS, 2007), o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (AMARANTE, 1995; SCARCELLI; ALENCAR, 2009) e o Movimento Sindical (LACAZ, 1996). Scarcelli e Alencar (2009) lembram-nos de que tais movimentos “começaram a se organizar ainda durante o período da ditadura militar e se intensificaram durante o período de ‘abertura política’” (p. 3). E, de acordo com Campos (2007), foram os integrantes do Movimento Sanitário que elaboraram “a política, diretrizes e, até mesmo, o modelo operacional do SUS” (p. 1868).

No entanto, mesmo que os Movimentos de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador tenham tido parte de suas origens relacionadas ao Movimento Sanitário e que as ações propostas desde então estejam fundamentadas nos princípios básicos que regem o SUS, não se pode dizer que o olhar para as questões envolvidas nessas áreas tenha sido incorporado de forma plena em todos os níveis de atenção desse sistema. E devemos lembrar que o SUS já completou vinte anos de existência.

Se é assim, não é difícil deduzir que existe uma dificuldade ainda maior para o enfrentamento de questões que se situam na fronteira entre esses dois campos e que, portanto, demandam a integração entre eles. Falamos aqui, especificamente, de saúde mental relacionada ao trabalho.

Partindo desse pressuposto, no texto que segue, contextualizamos as áreas programáticas de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador no SUS. Retomando

alguns aspectos históricos, discutimos as dificuldades ainda enfrentadas por cada uma delas no contexto atual e os possíveis obstáculos para sua integração. Essa contextualização possibilita uma base para a discussão de possíveis e necessárias ações do SUS para a atenção aos problemas de saúde mental relacionados ao trabalho, que apresentamos em seguida, tomando como referência a experiência das autoras.³

A área de Saúde Mental no SUS

Pode-se dizer que, até a década de 1980, a atenção à saúde mental no âmbito da saúde pública no Brasil acompanhava o modelo que, de acordo com Foucault (1972), predominou durante mais de duzentos anos em quase todo o mundo ocidental: o asilo. Tal modelo consistia, quase que exclusivamente, na segregação de todos aqueles que apresentavam “diferenças, desvios e divergências sociais e culturais” (AMARANTE, 1995, p. 292), incluindo os chamados “loucos”, que eram internados nos manicômios. No Brasil, a aplicação prática desse modelo se dava por meio de convênios do poder público com manicômios, nos quais o “tratamento” consistia, basicamente, na aplicação massiva de medicamentos e utilização de outros métodos para trazer o paciente à “normalidade”, como o eletrochoque. Problemas de saúde mental que não se configurassem como uma forma desviante dos padrões sociais tinham pouca ou nenhuma possibilidade de serem objeto de atenção no âmbito da saúde pública.

A maior parte dos manicômios se configurava como verdadeiros depósitos, nos quais os pacientes não tinham condições mínimas de dignidade humana. Os maus-tratos eram comuns, como se observou em muitas incursões conjuntas do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil em atividades de inspeção nesses locais, realizadas na última década (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2001, 2004, 2006, 2008a).

Considerando esse contexto, as preocupações do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) foram além daquelas manifestadas pelo Movimento Sanitário. Não se tratava apenas da reformulação dos sistemas de saúde como parte integrante do processo de redemocratização do país, com ações de atenção, assistência, prevenção, proteção e promoção de saúde. Na Saúde Mental, o foco também estava no papel normalizador das instituições e na desinstitucionalização. Nesse sentido, Amarante (1995) afirma que,

[...] procurando entender a função social da psiquiatria e suas instituições para além do seu papel explicitamente médico-terapêutico, o MTSM constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar uma possibilidade de inversão desse modelo a partir do conceito de desinstitucionalização (p. 492).

³ As autoras deste artigo têm, cada uma, mais de uma década de atuação no SUS com variadas inserções (serviços relacionados à Saúde Mental, Saúde do Trabalhador e gestão em nível central e local) e em diferentes municípios (São Paulo, Campinas, Diadema e São Bernardo do Campo).

Sendo assim, é possível compreender porque as políticas públicas decorrentes das proposições desse movimento tenham focalizado, primordialmente, a atenção aos casos graves – especialmente as psicoses – a partir do estabelecimento de uma rede substitutiva ao modelo asilar.

Vale dizer que, juntamente com a substituição dos manicômios, também era essencial substituir a cultura manicomial predominante na sociedade (AMARANTE, 2000). Desse modo, além da constituição de uma rede de serviços, era necessário conquistar os diversos setores sociais para a “causa” da reforma psiquiátrica, incluindo os profissionais de saúde cuja formação, em grande parte, tinha (e, talvez, possa-se dizer que ainda tenha)⁴ um cunho essencialmente manicomial.

As primeiras vitórias efetivas desse movimento no âmbito nacional se deram no início dos anos 1990, quando, após a implantação de serviços de cunho antimanicomial em alguns municípios, como Santos e São Paulo, o Ministério da Saúde publicou as portarias (BRASIL, 1991, 1992) que possibilitaram o financiamento de outros serviços de saúde mental que não apenas o leito psiquiátrico. No que diz respeito ao trabalho, vale lembrar que a Lei nº 9.867/99, que criou e definiu o funcionamento de cooperativas sociais, também foi um marco para a reforma psiquiátrica brasileira na medida em que possibilitou o desenvolvimento de programas de trabalho assistido “com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico” (BRASIL, 1999).

Mas foi sobretudo com a publicação, em 2001, da Lei Federal nº 10.216 (BRASIL, 2001a) que passou a haver um investimento público massivo para a implantação e implementação de dispositivos assistenciais específicos – principalmente Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – visando à extinção progressiva dos manicômios em todo o território nacional e privilegiando a autonomia e a reinserção social daqueles que vivem com sofrimento mental.

No entanto, se tais medidas possibilitaram a criação de uma rede de saúde mental substitutiva aos manicômios, houve relativamente pouco investimento em estratégias para incluir, nessa rede, outros serviços do SUS não específicos dessa área. Assim, observa-se que, de um modo geral, os CAPS ainda centralizam a atenção a uma ampla gama de casos de sofrimento psíquico e de transtorno mental que poderiam ser atendidos nos diferentes níveis de atenção e de cuidado, inclusive com investimento em soluções regionais mediante compromissos e pactuações.

Além disso, as ações de prevenção e promoção de saúde também parecem longe de ser os aspectos mais relevantes da agenda da saúde mental no SUS na atualidade. E, ainda, conforme afirma Passos (2009), a própria área de saúde mental também se mostra “um tanto quanto apartada dos problemas mais gerais de saúde coletiva e da rede de atenção básica”.

Nesse sentido, Scarcelli e Alencar (2009) ponderam que:

se, por um lado, foram muitos os avanços nos últimos anos no que se refere à reforma psiquiátrica brasileira, por outro lado, a questão da desconstrução da cultura manicomial foi suplantada por aquelas centradas, muitas vezes, nos aspectos fundamentalmente assistenciais (p. 6).

E, assim:

parte das preocupações a ações propostas pelos movimentos que se organizam no final do regime militar e se ampliam no processo de redemocratização do país ficaram latentes nos anos que se seguiram (p. 6).

A vivência das autoras deste artigo na área de saúde em diferentes municípios indica a hipótese de uma dupla exclusão. Por um lado, parece que, de fato, as unidades de atenção especializada em Saúde Mental, como os CAPS, estão mais focadas na assistência e distantes das questões gerais de saúde coletiva. Mas, por outro, não parece haver ações efetivas de grande parte dos gestores de saúde, seja no nível municipal ou local, para que a atenção à saúde mental seja amplamente assimilada por outros serviços e profissionais que não sejam aqueles diretamente vinculados à área. Desse modo, ainda que não se possa negar a existência de experiências que obtiveram êxito nessa integração, não é possível afirmar que exista uma organicidade na atenção à saúde mental em serviços de saúde não especializados, sobretudo na atenção básica.

Avaliamos que existem dois fatores que, apesar de estarem vinculados a concepções opostas de atenção à saúde, dificultam igualmente a superação desse distanciamento.

De um lado está a atual Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sem dúvida, trata-se de uma proposta muito importante, que se fundamenta na atenção integral e na territorialização,⁵ as quais, devemos ressaltar, também são conceitos-chave para a atenção psicossocial, que está na base da política de Saúde Mental. Mas sua estruturação com base em equipes formadas apenas por médicos e profissionais de enfermagem “generalistas” parece dificultar o olhar para situações e problemas de saúde que, historicamente, ficaram apartados da atenção básica. Entre eles, incluem-se não apenas a Saúde Mental, mas

⁴ A esse respeito, é interessante ler o relato de Passos (2009), sobre o curso de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

⁵ Uma compreensão mais ampla da territorialização deveria ir além da área de abrangência do atendimento das equipes de Saúde da Família ou da Unidade Básica de Saúde. De acordo com Ceccim (2005, p. 176), “processo de territorialização não se restringe à dimensão técnico-científica do diagnóstico e da terapêutica ou do trabalho em saúde, mas se estende à orientação das práticas, à construção de um estar no campo de saberes e de práticas da saúde que envolve desterritorializar saberes hegemônicos e práticas vigentes”.

também a Saúde do Trabalhador e as demais áreas que fazem parte da Vigilância em Saúde (saúde ambiental, sanitária, epidemiológica e controle das zoonoses).

No outro extremo está a formação dos profissionais de saúde mental – especialmente psiquiatras e psicólogos – que ainda é fortemente influenciada por vertentes individualizantes. A formação médica em psiquiatria, de um modo geral, preconiza terapêuticas medicamentosas como a solução para a maior parte dos problemas de saúde mental. Já no campo da psicologia, as teorias predominantes – entre as quais, a psicanálise se destaca – enfatizam os aspectos individuais e familiares como as principais causas do adoecimento e do sofrimento psíquico, indicando a psicoterapia como a forma primordial de tratamento. Em ambas as concepções, o foco está em ações assistenciais e não na prevenção do adoecimento ou na promoção de saúde. Assim, a atenção em saúde mental se daria apenas por meio da atenção do “especialista” ao “indivíduo doente”, sendo deixados de lado aspectos sociais que compõem a complexa trama de fatores que podem desencadear o sofrimento e o adoecimento mental, entre os quais está o trabalho.

Tais fatos parecem ter colaborado para que a atenção à saúde mental tenha ficado concentrada em unidades especializadas, sobretudo nos CAPS, e mantido uma tendência fortemente assistencial mesmo após a reforma psiquiátrica, conforme afirmam Scarcelli e Alencar (2009).

Mais recentemente, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), que são estruturas compostas por equipes multiprofissionais, que devem atuar como referência para um número determinado de equipes de saúde da família no sentido de realizar discussão de casos, atendimento compartilhado e, eventualmente, intervenções específicas com usuários e famílias encaminhados (BRASIL, 2008). A criação desse tipo de serviço é, sem dúvida, um avanço no sentido de aproximar a área especializada da atenção básica. Mas, para funcionar adequadamente, exige o exercício permanente da formação e da pactuação de novas regras para integração. É interessante destacar que, em um documento produzido pelo Conselho Federal de Psicologia (2009), no qual são relatadas as experiências de diversos psicólogos que atuam em NASFs, são apresentadas diversas dificuldades, entre as quais:

a falta de preparo básico em discussões relacionadas à subjetividade e uma grande sensação de desamparo frente às demandas extremamente complexas no cotidiano do serviço. (p. 107)

Observa-se, assim, que, na atualidade, ainda existem muitos obstáculos a serem superados no sentido de incorporar, na prática de atenção à saúde mental no SUS, os ideais preconizados pelo movimento da reforma psiquiátrica. Mas também devemos lembrar que existem municípios onde a atenção à saúde men-

tal teve grandes avanços, com mudanças significativas na direção de uma política antimanicomial no seu sentido pleno.

A área de Saúde do Trabalhador no SUS

Deve ser ressaltado que, desde a década de 1930 até a estruturação do SUS, a assistência à saúde da população trabalhadora não dizia respeito à saúde pública e era atribuição das empresas e da Previdência Social (LACAZ, 1996). É somente a partir da aliança dos sindicatos com profissionais de saúde alinhados às propostas do movimento sanitário que a Saúde do Trabalhador passa a ser objeto de atenção. Conforme apontado em documento sobre esse tema elaborado pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) do Conselho Federal de Psicologia:

Longe de ser um termo apenas descritivo e sinônimo da Saúde Ocupacional, Saúde do Trabalhador refere-se a um campo de saberes e práticas com claros compromissos teóricos, éticos e políticos, e insere-se como uma política pública em saúde que demanda articulações intersetoriais (Saúde, Previdência Social, Educação, Trabalho e Emprego, Meio Ambiente, dentre outras). A amplitude do campo teórico e prático da Saúde do Trabalhador exige a inter-relação de diversos saberes e a apreensão de múltiplos conceitos. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2008b, p. 17)

Trata-se de um modelo fundamentado nas proposições da área Saúde Coletiva e da Medicina Social Latino-americana (LACAZ, 1996; LAURELL, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997) e influenciado também pelas proposições de organismos internacionais, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (TAMBELLINI, 1984; LACAZ, 1996; SATO; LACAZ; BERNARDO, 2006).

Nessa concepção, a saúde pública deveria partir do reconhecimento de que a relação capital-trabalho se estabelece de forma desigual e suas ações deveriam ter por objetivo proteger o lado mais frágil desse binômio, o trabalhador. Ao incluir os aspectos sociais, também se buscava superar o olhar tradicional da Medicina do Trabalho, que tende a focalizar a relação saúde-trabalho unicamente como uma relação de causa-efeito entre um agente do ambiente e um indivíduo trabalhador.

A partir de meados dos anos 1980, surgiram, então, alguns Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs) cujas equipes foram, em grande parte, formadas por profissionais “militantes” do Movimento Sanitário (LACAZ, 1996; COSTA; et al., 1989). A proposta inicial era a de que essas unidades funcionassem como polos facilitadores para que a rede de saúde atentasse para as especificidades do trabalho no processo saúde/doença. Além da necessidade de um olhar crítico para a relação entre saúde e trabalho, também era essencial que os profissionais e os gestores de saúde aprendessem e se dispusessem a manejar diversas situações, que, em geral, são fontes de intensos conflitos.

Tais experiências, apesar de isoladas, foram fundamentais para a inclusão dessa área programática no capítulo de Saúde da Constituição Federal de 1988 e na lei que regulamenta o SUS. Os dispositivos constitucionais definem a Saúde do Trabalhador como um conjunto de ações de atenção, promoção, prevenção e proteção à saúde que visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores. Assim, a partir de então, o adulto passou a ter o direito de ser visto pela saúde pública:

em sua condição de trabalhador, o que implica conhecer a situação de trabalho, ou seja, não apenas o processo de produção em si, mas também o processo de produção e (re)-produção das relações sociais de produção. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2008b, p. 16)

Todavia, apesar da garantia constitucional, foram raros os municípios ou estados que efetivamente implantaram tal programa na sua rede de saúde até meados da última década. Conforme afirmam Maeno e Carmo (2005), “mesmo com todo aparato legal definindo responsabilidades, os gestores federais, estaduais e municipais ignoraram solenemente essa área durante anos” (p. 270).

Após a criação do SUS, os poucos PSTs existentes foram sendo gradativamente transformados em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (atualmente, chamados nacionalmente de Cerests). Mas foi somente a partir de 2002 que o Ministério da Saúde efetivou a institucionalização de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador mediante portarias que criam a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) com o objetivo de “integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador” (BRASIL, 2005a). Desse modo, foram definidas ações que deveriam ocorrer da atenção básica à assistência de alta complexidade e também foram estabelecidas ações de promoção e educação em saúde do trabalhador e de vigilância em saúde do trabalhador (BRASIL, 2005b).

O “eixo integrador” da Renast foi o estabelecimento de uma “rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest”, os quais teriam “a atribuição de dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da Saúde do Trabalhador” (BRASIL, 2006). Para criar essa rede, a principal estratégia adotada foi muito parecida com aquela utilizada na política de Saúde Mental: o incentivo financeiro para os municípios e estados criarem ou aprimorarem unidades especializadas. E se na Saúde Mental o incentivo visava à ampliação do número de CAPS, na Política de Saúde do Trabalhador, o foco esteve na implantação e implementação de Cerests.

Entretanto, é necessário ressaltar que, assim como ocorreu na Saúde Mental, essas medidas também não garantiram a inclusão de ações de Saúde do Trabalhador na atenção básica e na vigilância. Essa integração continua sendo um dos grandes desafios do SUS e, vale dizer, não somente nos níveis municipais ou locais, mas em todas as esferas de governo. Mesmo no Ministério da Saúde, o diálogo entre as áreas ainda parece difícil. As proposições da Renast não são refletidas nas portarias ministeriais que normatizam a atuação das ESF, por exemplo. As diretrizes propostas para essa política para a atenção básica não incluem nenhuma estratégia para o enfrentamento de problemas que envolvem a relação saúde-trabalho-doença. E, se é assim no nível federal, o que se pode esperar dos níveis municipal e local?

Outro aspecto a ser destacado diz respeito ao fato de que, apesar da Renast, ainda hoje as concepções de grande parte dos profissionais e gestores do SUS sobre a saúde do trabalhador reproduzem a ideologia dominante na sociedade. Nos mais variados serviços de saúde, observa-se a presença marcante de um discurso que naturaliza a ocorrência dos acidentes e doenças no trabalho. Não é raro ouvir-se, por exemplo, falas que atribuem aos trabalhadores com queixas de saúde que podem estar relacionadas ao trabalho a pecha de “proveitadores” e “preguiçosos” e outras que atribuem a causa dos acidentes de trabalho aos atos inseguros⁶ dos trabalhadores.

Infelizmente, essas concepções podem ser encontradas, inclusive, entre profissionais dos próprios Cerests. Enquanto as equipes dos primeiros PSTs eram integradas por “militantes”, que tendiam a ter um olhar crítico para o processo saúde-doença-trabalho (LACAZ, 1996), os novos serviços criados após a Renast contam com profissionais que não necessariamente tinham interesse pela área e, não raro, sequer a conheciam anteriormente. Vale ressaltar que esse problema é agravado pelo fato de grande parte dos municípios, influenciada pela cultura hegemônica, exigir título de especialista em medicina do trabalho nos editais de contratação de médicos para os Cerests.⁷

Desse modo, arriscamo-nos a dizer que, se a falta da compreensão do processo saúde-doença como um fenômeno social tem repercussões na atenção à saúde mental, na saúde do trabalhador ela tem consequências ainda mais sérias. Devemos lembrar que as ações nesta área, sejam no plano assistencial ou da proteção, se dão diretamente no núcleo do sistema capitalista, ou seja, na relação capital-trabalho.

Outra dificuldade que envolve a área de Saúde do Trabalhador no SUS refere-se às ações de vigilância em ambientes de trabalho. É bastante frequente que

⁶ O conceito de ato inseguro aplica-se para responsabilizar os próprios trabalhadores pelos acidentes de trabalho de que são vítimas (OLIVEIRA, 1997). Geralmente são atribuídas explicações para ocorrência dos acidentes que se sustentam em concepções que incluem erros humanos, distração, fadiga e até ganhos secundários.

⁷ A formação nessa especialidade médica ainda é marcadamente voltada para a atuação em empresas e calcada na visão do “ato inseguro”.

as empresas, especialmente de grande porte, questionem de forma sistemática as medidas punitivas que lhes são aplicadas pelo SUS quando situações de risco à saúde dos trabalhadores são identificadas no seu ambiente e/ou processo de trabalho. Tal fato cria situações de muito desgaste para as equipes de saúde e indica a necessidade do preparo dos aparatos jurídicos e administrativos do SUS para a sustentação das sanções impostas.

Tendo em vista esse pressuposto, é compreensível que as ações de vigilância em saúde do trabalhador se concentrem em problemas que podem ser mais facilmente provados, como é o caso dos riscos encontrados no ambiente de trabalho, especialmente aqueles que podem levar a acidentes. Além da visibilidade do risco, há outras razões objetivas para essa priorização, as quais arrolamos aqui: as ações de vigilância permitem a utilização de uma metodologia mais focada (BINDER; ALMEIDA, 1997; ALMEIDA, 2006) e têm grande impacto sobre a mortalidade de trabalhadores; a ocorrência de um acidente de trabalho sensibiliza mais a população leiga do que as doenças crônicas (especialmente aquelas menos visíveis, como as LER/DORT e o adoecimento mental); a repercussão dos acidentes de trabalho gera mais fortemente uma publicidade negativa para as empresas (SILVA; FISCHER, 2008), que, por isso, resistem menos às medidas impostas ou sugeridas pelos profissionais do SUS.

Já a “organização do trabalho” – que, vale dizer, é a responsável por muitos problemas de saúde mental relacionados ao trabalho – envolve aspectos subjetivos e, conseqüentemente, mais difíceis de serem demonstrados. Talvez por esse motivo observem-se bem menos relatos de ações de vigilância concernentes a esse aspecto. As respostas a algumas questões, como “qual é o ritmo aceitável para uma esteira de produção de fogões?”, “qual é o número de trabalhadores adequado para produzir “X” automóveis?”, “qual é o limite para que um chefe aplique sanções aos seus subordinados?”, dependem de uma ampla análise de cada processo de trabalho e são sempre referentes ao caso específico, dificilmente podendo ser generalizadas. Nesses casos, a objetivação se dá pelas conseqüências (número de trabalhadores adoecidos, por exemplo) e não pela extrapolação de um “limite de tolerância” estabelecido por lei, o que torna a tarefa de vigilância bastante complexa.

Essa complexidade da área e os conflitos que permeiam suas ações parecem ser fatores que ajudam a explicar porque as preocupações e as ações de Saúde do Trabalhador ainda estão concentradas nos Cerests. No entanto, conforme é discutido em outros artigos desta coletânea, o contexto atual do mundo do trabalho tem sido responsável por uma grande elevação do número de doenças do trabalho, especialmente o adoecimento e o sofrimento psíquico. Desse modo, mais do que em qualquer outra época, esse se configura como um problema de saúde pública que exige ações integradas que envolvam uma articulação de toda a rede de serviços que compõem o SUS.

As dificuldades de integração entre as áreas de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador

Os aspectos discutidos até aqui indicam que ainda existem muitos obstáculos que devem e podem ser superados para a atenção adequada à saúde mental relacionada ao trabalho no âmbito do SUS. Mas, se há dificuldades específicas de cada uma das duas áreas, os problemas que envolvem ambas estão ainda mais longe de uma atenção, se não plena, pelo menos aceitável. Nesse sentido, arriscamo-nos, aqui, a levantar alguns pontos que entendemos serem importantes para a análise dessa conjuntura. Antes, é importante esclarecer que este ensaio focaliza a interface saúde mental e saúde do trabalhador, sem, contudo, pretender abarcar a amplitude de questões que afetam as duas áreas. Trata-se de pontuar dificuldades que se apresentam no momento em que se objetiva superar modelos que foram hegemônicos durante séculos e implementar políticas públicas intrasetoriais considerando as características de cada território.

Nesse sentido, o primeiro aspecto a ser destacado diz respeito ao gerenciamento dos serviços e das áreas programáticas. Deve-se lembrar de que, desde sua incorporação no sistema de saúde, tanto a Saúde Mental como a Saúde do Trabalhador tiveram coordenações distintas em todos os níveis do SUS (Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, especialmente de municípios de grande porte), estando ambas apartadas da gestão da atenção básica. Desse modo, as ações de cada uma dessas áreas se pautaram mais fortemente nas suas próprias necessidades e especificidades. Conforme apontado anteriormente, a Saúde Mental concentrou-se na consolidação da reforma psiquiátrica, priorizando a implantação dos CAPS, e a Saúde do Trabalhador ainda busca conquistar o reconhecimento da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença.

Assim, a integração entre os serviços também se configura como outra importante dificuldade. A centralização da Saúde Mental nos CAPS, e da Saúde do Trabalhador nos Cerests parece aumentar a distância entre as duas áreas programáticas e dificultar o estabelecimento de ações conjuntas com relação ao adoecimento/sofrimento psíquico relacionado ao trabalho.

Ainda que, nas leis e portarias, esteja explicitado que o SUS deve se pautar, entre outros princípios, na integração entre os diversos níveis, na intersectoridade e na integralidade, na prática, isso tem ocorrido apenas em experiências pontuais. No caso da Saúde do Trabalhador, muitas vezes, parece haver mais abertura de outros órgãos públicos que estão fora do SUS para a interlocução com os Cerests – como Ministério do Trabalho, Ministério Público do Trabalho etc. – do que da própria rede de saúde.

Também é importante lembrar que tanto a área de saúde mental, como a de saúde do trabalhador são bastante complexas e têm, ambas, um forte componente social. Por isso, pode-se dizer que existe um consenso entre teóricos do campo das políticas públicas de que,

para o enfrentamento adequado dos problemas dessas áreas, são necessárias equipes multiprofissionais (AMARANTE, 1995; LACAZ, 1996; SCARCELLI, 1998), o que, evidentemente, fica ainda mais imperativo no caso de um tema que diz respeito a ambas.

Tal premissa parece dificultar a atenção a essa questão, especialmente na rede básica, com a atual conformação das equipes da ESF. Conforme afirmamos anteriormente, acreditamos que esse fato – somado à carência crônica de profissionais na área da saúde pública, à enorme gama de problemas a serem enfrentados no cotidiano dessas equipes e à formação dos profissionais de saúde mais voltada para as “tecnologias duras” do que para as “tecnologias leves” (MERHY, 1997)⁸ – não favorece a atenção aos problemas de saúde mental e de saúde do trabalhador pela rede básica. E, a partir dessa constatação, não é difícil deduzir que problemas de saúde que se situam na intersecção entre duas áreas sejam ainda menos priorizados.

Deve-se lembrar, ainda, de que a população leiga, de uma forma geral, também não identifica a saúde mental relacionada ao trabalho como um problema a ser enfrentado pela saúde pública. Ao contrário de outras questões tradicionalmente vinculadas às unidades básicas de saúde (como a saúde da criança ou da mulher, por exemplo), essa, raramente, aparece como uma demanda da população de um determinado território para a equipe de saúde.

Mas, além das dificuldades da rede básica, parece-nos que a própria política de saúde mental não propicia condições para a atenção aos problemas de saúde mental relacionada ao trabalho. Vale lembrar que essa política prioriza o atendimento de casos graves e/ou agudos – que deve ocorrer nos CAPS e nos hospitais – e a atenção aos casos “leves” – que deve se dar nas equipes de saúde da família, com suporte dos NASFs. Entretanto, os casos que poderíamos chamar de “intermediários” – que incluem a maioria daqueles de saúde mental relacionada ao trabalho – não contam, em geral, com um sistema estruturado para seu atendimento.

Um segundo aspecto da política de Saúde Mental que também deve ser levantado aqui diz respeito à reabilitação psicossocial, que é um dos objetivos buscados. Amarante (1995) lembra que, no contexto da reforma psiquiátrica:

o tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade. (p. 494)

Nesse sentido, a proposta antimanicomial prevê que aquele que antes era o “doente” excluído, agora passe a ser sujeito da sua própria existência (AMARANTE, 1995). Para atingir esse objetivo, o trabalho, enquanto atividade social, torna-se um importante instrumento

para a emancipação do indivíduo, com a recuperação da sua cidadania, e para a reconstrução de laços e redes sociais, podendo se dar de diversas formas. A constituição de cooperativas sociais, por exemplo, pode ter a dupla função de colaborar na recuperação da saúde mental e possibilitar um contexto em que o trabalhador seja dono de sua força de trabalho.

No entanto, no modelo capitalista em que vivemos, a principal representação do trabalho é, ainda, o vínculo de emprego. E se retomamos o que foi dito anteriormente a respeito da falta de um olhar crítico para a relação capital-trabalho por parte de muitos profissionais de saúde, não é difícil deduzir que a inserção dos usuários dos serviços de saúde mental em um posto de trabalho com carteira assinada acabe sendo um importante objetivo da reabilitação que, quando atingido, torne-se um símbolo do tratamento bem-sucedido.

Desse modo, apesar de ser coerente a proposta de que o trabalho seja um dos instrumentos de reabilitação psicossocial na área de saúde mental, tal inserção deve ser pensada de forma crítica. Projetos que tratem a inclusão no trabalho sem considerar o contexto social que produz adoecimento e sofrimento psíquico podem incorrer no erro de ver a inserção no mercado de trabalho, seja de que tipo for, sempre como um fator positivo para o sujeito. Assim, os pacientes podem, por exemplo, ser incentivados a se empregarem em ocupações que em nada colaborarão para sua recuperação ou, o que é pior, a desenvolverem atividades potencialmente lesivas à sua saúde.

Ao desconsiderar a vida laboral anterior de seus pacientes, as equipes de saúde mental também podem tratar problemas relacionados ao trabalho como se esses fossem exclusivamente de ordem intrapsíquica. Nesse sentido, teriam um papel iatrogênico na medida em que colocam exclusivamente no indivíduo a razão do adoecimento e, conseqüentemente, o foco do “tratamento” no plano pessoal. Além disso, ao olhar apenas para o indivíduo e não para a coletividade, deixam de lado um dos eixos do SUS, que é a prevenção, colaborando com a manutenção de uma situação que pode afetar a saúde mental de outros trabalhadores.

Por outro lado, também devemos considerar que a já citada dificuldade para avaliar e demonstrar situações de risco relacionadas à organização dos processos de trabalho tem conseqüências diretas para a adequada atenção a questões de saúde mental relacionadas ao trabalho. E se isso é observado no âmbito da vigilância, também ocorre no nível da atenção à saúde. O estabelecimento do nexo causal entre o trabalho e o adoecimento, que nem sempre é simples, torna-se ainda mais complexo nos casos de saúde mental, que envolve diagnósticos encontrados com grande frequência na população em geral e não pro-

⁸ Merhy tem focalizado esse tema em muitas de suas publicações. Segundo ele, a “tecnologia dura” envolve ações pautadas em equipamentos e exames, enquanto as “tecnologias leves” dizem respeito a um olhar mais para o social e às relações que se estabelecem entre os profissionais de saúde e a população.

blemas reconhecidos como doenças profissionais. Como afirmar, por exemplo, que um caso de depressão ou de síndrome do pânico está relacionado ao trabalho? Certamente, a resposta nos remete aos desafios da integração dos serviços em rede, da responsabilização das equipes e da implementação dos projetos terapêuticos em equipes multidisciplinares, de forma a contribuir para uma atenção integral pautada na análise clínica, e da situação de trabalho dos envolvidos, bem como de outros determinantes e condicionantes sociais da saúde.

Muitos dos pontos levantados aqui são passíveis de contestação, mas dificilmente seria questionada a afirmação de que a integração dessas duas áreas programáticas, seja entre si ou com as áreas tradicionais do SUS, ainda é muito tênue, dificultando sobremaneira a atuação sobre problemas de saúde que se encontram na fronteira entre ambas, como é o caso da saúde mental relacionada ao trabalho.

Para essa integração parece ser necessário “desconstruir” tanto a cultura manicomial como a cultura da positividade do trabalho no contexto capitalista e a naturalização dos acidentes e doenças decorrentes do trabalho (entre os profissionais e gestores de saúde ou na população em geral). Também é necessário superar a concepção individualizante e medicalizante que permeia a compreensão desses fenômenos (SATO, 1993; ALMEIDA, 2001; BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2007).

Desse modo, entendemos que, para que se possa avançar na construção do SUS, radicalizando seus princípios, é fundamental que o sofrimento/adoecimento psíquico relacionado ao trabalho não seja apenas um problema de uma área ou, ainda pior, de um tipo de unidade de saúde e, sim, de todos os níveis do Sistema de Saúde.

Conforme afirmam Scarcelli e Alencar (2009):

[...] não temos dúvidas de que os problemas estruturais só poderão ser resolvidos a partir da superação das contradições do próprio sistema de produção capitalista. Mas isto não nos retira a responsabilidade de continuar buscando soluções, mesmo pontuais, e principalmente de desvendar as complexidades de nossa realidade social. (p. 8)

Atenção à saúde mental e trabalho nos diferentes níveis de atenção do SUS: possibilidades e desafios

Apesar das dificuldades apontadas até aqui, existem experiências que demonstram que a atenção à saúde mental relacionada ao trabalho pode ocorrer no SUS de formas criativas e integradas. Assim, neste item, vamos apresentar alguns exemplos de ações que mostram como a integração entre as áreas e/ou níveis do SUS possibilita uma atenção mais adequada a esse problema de saúde. Também vamos apontar alguns desafios que ainda necessitam ser superados.

Atenção Básica: porta de entrada do SUS

De acordo com a organização do SUS, no nível da atenção básica, as estratégias de cuidado e proteção à saúde se voltam às necessidades da população no território com vistas a garantir universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade e responsabilização. Parte-se do princípio de que o reconhecimento do território e dos condicionantes do processo saúde-doença, isto é, rede de saneamento, água tratada ou fontes alternativas, meio ambiente, incluindo o de *trabalho*, faixa etária, nível de escolaridade, *ocupações*, doenças etc., retrata as reais condições de vida e saúde da população. Esta perspectiva de gestão da saúde implica a construção de respostas no território, o compartilhamento das responsabilidades e a articulação de recursos comunitários. Dessa forma, se a territorialização é um importante pressuposto do trabalho das equipes de atenção básica (BRASIL, 2009), também é essencial no caso da saúde mental relacionada ao trabalho, como se pode exemplificar a partir de uma situação hipotética apresentada a seguir, que, infelizmente, ainda não é comum.

Pensemos em algumas Unidades Básicas de Saúde ou equipes da ESF que recebem diversos usuários com queixas de tonturas, mal-estar, dores de cabeça, irritabilidade e agressividade imotivadas, entre outros sintomas. Inicialmente, os profissionais não relacionam as queixas à ocupação e atribuem os sintomas às características pessoais e familiares das pessoas atendidas, buscando discutir os casos com os profissionais de referência em saúde mental do NASF.

Aqueles que participam das discussões observam que os relatos são muito similares em todos os casos e remetem à mesma situação de trabalho, a qual se caracteriza pela exposição a produtos neurotóxicos em uma empresa química estabelecida no território de uma das unidades. Ao pesquisar os efeitos dos produtos referidos pelos usuários, a equipe verifica que eles são compatíveis com os sintomas apresentados e, ainda, relacionam-se com os relatos e as observações de que a empresa descarta substâncias químicas no solo.

A partir dessa constatação, a atenção à saúde desses usuários muda. Além do estabelecimento de um projeto terapêutico individual que leve em conta a possível contaminação de cada um e sua relação com os sintomas neuropsíquicos, também é buscada uma articulação com o serviço de Vigilância em Saúde e o Cerest de referência para a realização de ações de vigilância naquele ambiente de modo a eliminar a “fonte” do risco à saúde da população trabalhadora e moradora do local. Dessa forma, a ação da equipe não se restringe à atenção individual mais adequada às características daquele processo de adoecimento. Ela também se expande para a prevenção com um olhar para o território, dando sentido aos princípios buscados com a ideia da ESF. Esta situação retrata o desenvolvimento de uma ação integrada e intrassetorial que contempla as necessidades e as realidades de saúde local objetivando controlar determinantes, risco e danos à saúde daquela população.

Outro exemplo hipotético, que, não obstante, é comum nos dias atuais, pode ser o de uma empresa que encerra suas atividades em um determinado local ou muda suas instalações para outra cidade. Com o desemprego gerado por esse fato, imediatamente aumenta a demanda de usuários no serviço de saúde próximo com queixas de sofrimento mental, perda da perspectiva de vida, desânimo, tristeza, sentimento de inutilidade, ansiedade. Nesse caso, uma intervenção que desconsidere a causa do sofrimento poderá implicar uma abordagem puramente medicamentosa, sem a possibilidade de ressignificação da experiência vivida e o olhar sobre a subjetividade das pessoas (TERRA, et al., 2006; FARINA; NEVES, 2007). Todavia, ao olhar para o território tendo como pano de fundo a concepção de que a saúde integra fatores sociais, os profissionais poderão compreender o processo em que se originou esse sofrimento e pensar em outros tipos de ações junto à comunidade.

O estabelecimento do nexa causal: um desafio que exige integração intrasectorial no SUS

Conforme vimos, uma difícil demanda que se apresenta ao SUS, por parte dos trabalhadores, especialmente aos Cerests no contexto atual, consiste na necessidade de estabelecimento do nexa causal entre o sofrimento mental e o trabalho. Frequentemente, essa demanda retrata um percurso em que os trabalhadores já foram atendidos por diversos profissionais de saúde das empresas e da rede pública e apresentam o relato de aspectos da organização e das condições de trabalho que desencadearam ou agravaram o processo de adoecimento.

Frequentemente, a procura do primeiro atendimento relaciona-se à queixa física, com destaque para as dores musculoesqueléticas (casos de LER/DORT), em que a condição de trabalho exige movimento repetitivo, sem pausas ou com pausas controladas, posturas inadequadas em função do mobiliário, longos períodos em pé ou sentado, pressão para cumprimento de metas, exigência de produtividade e, por vezes, clima de ameaças. Porém, é bastante comum que, ao descreverem seus sintomas, esses trabalhadores também relatem características que indicam sofrimento/adoecimento mental, tais como sintomas depressivos, apatia, irritabilidade, isolamento do círculo social e familiar, baixa autoestima, dificuldade de concentração, desesperança, os quais, muitas vezes, são tão ou mais graves do que a queixa física apresentada inicialmente, mas não têm o mesmo reconhecimento social (SATO; BERNARDO, 2005).

Quando esses trabalhadores chegam aos Cerests ou à rede básica, não raro são atendidos unicamente com relação aos seus sintomas físicos, desconsiderando a importância do trabalho no desenvolvimento dos sintomas psíquicos. Mas, conforme já foi discutido na seção anterior, o contrário também ocorre. Existem trabalhadores com problemas de saúde mental relacionada ao trabalho que são atendidos em serviços de saúde mental sem que essa relação seja estabelecida. Nesses casos,

é fundamental a integração dos serviços especializados de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador.

Um exemplo desse tipo de relação é o de uma situação real ocorrida em um município do interior paulista. Em 2008, uma terapeuta ocupacional do Cerest Regional com experiência na área de reabilitação profissional foi convidada a ajudar na condução de um grupo de pacientes de um CAPS com o objetivo de discutir o retorno ao trabalho. Na perspectiva dos profissionais do CAPS, tratava-se apenas de “pacientes de saúde mental” cujo adoecimento não era associado à sua atividade anterior e que se encontravam em uma fase de recuperação que lhes permitia pensar no retorno ao trabalho. No entanto, ao iniciar o grupo, a terapeuta ocupacional observou que os problemas apresentados por alguns daqueles pacientes pareciam ter relação com sua atividade laboral. Propôs, então, a realização de uma discussão desses casos pela equipe do CAPS juntamente com ela e a psicóloga do Cerest.

Foram estabelecidas algumas atividades prévias às discussões. A profissional da saúde do trabalhador, com base no roteiro de acolhimento utilizado naquele serviço, fez uma primeira entrevista com os usuários cujo diagnóstico poderia ser relacionado ao trabalho. O objetivo era levantar aspectos de sua história laboral que pudessem estar relacionados ao adoecimento. Já à equipe do CAPS coube fazer um levantamento dos dados anotados no prontuário do paciente.

Depois de realizadas essas tarefas, as duas “leituras” dos casos foram confrontadas em reunião. Nessas discussões, observou-se a enorme distância entre o olhar das duas equipes. Um dos usuários, por exemplo, era um vigilante que havia tido o primeiro surto psicótico alguns meses após a empresa onde trabalhava sofrer um assalto durante seu turno de trabalho, no qual feriu gravemente um dos ladrões e ele mesmo quase fora atingido. Depois desse surto, ele teve uma internação de curta duração em um hospital psiquiátrico e, em seguida, foi encaminhado ao CAPS. Apesar de a hipótese do nexa com o trabalho ser bastante evidente para os profissionais da Saúde do Trabalhador, essa associação nunca havia sido pensada pela equipe do CAPS. Aliás, sequer constava algum dado sobre o histórico de trabalho no prontuário do paciente. Ali, a história iniciava-se com sua internação acrescida de poucos dados de sua vida familiar anterior.

Também ficaram evidentes as diferenças de concepções. Enquanto alguns profissionais do CAPS focavam os problemas de saúde mental no intrapsíquico e discutiam a atividade de trabalho como uma escolha pessoal, os profissionais da saúde do trabalhador apontavam os aspectos sociais, indicando o trabalho como um fator fundamental no diagnóstico e no encaminhamento. Tal observação é corroborada pela afirmação de Lima (2005) de que a polêmica em torno do nexa causal é fruto das distintas concepções teóricas sobre a gênese da doença mental, que, para alguns, advém de fatores essencialmente orgânicos (aqueles que defendem a tese da psicogênese), enquanto, para outros, é multideterminada, integrando fatores biopsicossociais.

É interessante relatar que, após um amplo debate, nas reuniões da equipe do CAPS com as profissionais do Cerest, com relação aonexo da doença apresentada pelo paciente com a sua vivência no trabalho, foi possível chegar a um consenso de que esse nexo, de fato, existia. Assim, foi designado um grupo menor composto por profissionais de ambas as unidades para o preenchimento da notificação do sistema de saúde (Sinan)⁹ e da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e para os encaminhamentos junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Outro aspecto a ser destacado é que a questão da cultura da positividade do trabalho também ficou bastante evidente entre muitos dos integrantes da equipe do CAPS, que viam a inserção no trabalho, qualquer que fosse ele, como um sinal da recuperação do paciente. No caso discutido aqui, o usuário era um vigilante com baixo nível de instrução formal. Para os profissionais que o acompanhavam do CAPS, a principal questão era que ele já tinha condições de voltar a trabalhar, mas em uma atividade que não envolvesse armas. Assim, haviam sugerido a ele, com bastante naturalidade, que procurasse um emprego de ajudante de pedreiro – por ser uma atividade compatível com seu nível de instrução – sem considerar a complexidade do contexto que envolvia a relação entre o adoecimento do trabalhador, sua atividade e o sentido do trabalho para ele. A resistência em aceitar essa mudança de trabalho era interpretada unicamente com base nas características intrapsíquicas do paciente. Foi somente após a discussão com as profissionais da saúde do trabalhador que essa questão foi reavaliada pela equipe do CAPS e foram pensadas outras possibilidades de encaminhamento.

Além do caso descrito, alguns outros vêm sendo discutidos e tal atividade comprova a importância da aproximação entre esses dois tipos serviços para a ação efetiva do SUS sobre os problemas de saúde mental relacionados ao trabalho. Deve-se lembrar que o paciente citado acima havia chegado ao CAPS e não ao Cerest e, se essa integração não tivesse ocorrido, provavelmente ainda constaria das estatísticas e da rotina do SUS apenas como um caso “comum” de saúde mental, sem que a questão da relação do adoecimento com o trabalho sequer fosse levantada como hipótese. E vale dizer que esse deve ainda ser o caso de muitos outros trabalhadores adoecidos nesse e em outros municípios.

Essas experiências encontram ressonância na afirmação de Jardim e Glina (2000) de que a complexidade da investigação diagnóstica em saúde mental e trabalho deve combinar diferentes técnicas e saberes. As autoras afirmam que, nesse processo, torna-se imprescindível perguntar sobre o trabalho, realizar uma anamnese ocupacional, levantar aspectos da organização do trabalho, identificar as exigências físicas e mentais, inquirir so-

bre a percepção do trabalhador a respeito dos riscos e, sempre que possível, observar o posto de trabalho, as condições ambientais e o processo de trabalho.

Também é importante registrar que, em 2001, o Ministério da Saúde publicou um manual no qual apresenta diretrizes para o estabelecimento do nexo entre trabalho e adoecimento e que inclui um capítulo dedicado à saúde mental (BRASIL, 2001b). Tomando como base uma adaptação da classificação proposta por Schilling (1984), o manual divide a relação do trabalho com o adoecimento em três categorias: trabalho como causa necessária (Tipo I), como fator de risco contributivo de doença de etiologia multicausal (Tipo II) ou como fator desencadeante ou agravante de doença preexistente (Tipo III). Ainda que consideremos as limitações dessa classificação e as dificuldades de enquadrar os casos da saúde mental relacionados ao trabalho em uma ou outra categoria, avaliamos que ela é útil no sentido de esclarecer que o nexo entre o trabalho e qualquer tipo de adoecimento pode se dar em diferentes níveis e que todos devem ser notificados.

No caso da saúde mental, *o trabalho como causa necessária para o adoecimento mental* poderá ser identificado, sobretudo, nos casos de transtornos orgânicos de personalidade, transtornos cognitivos e outros sintomas decorrentes da exposição ocupacional a substâncias químicas tóxicas e a agentes físicos, como, por exemplo, chumbo, manganês e mercúrio. Podemos também incluir aqui os quadros de estresse pós-traumático decorrentes da exposição a um evento ou situação estressante de natureza excepcionalmente ameaçadora, como assaltos ocorridos no local de trabalho, e, ainda, de transtornos do ciclo vigília-sono, decorrentes de regime de revezamento de turnos.

Entre os casos em que o nexo se dá porque o trabalho é um *fator contributivo para doença de etiologia multicausal*, estão, por exemplo, a síndrome de *burnout* e outros problemas de saúde mental relacionados à vivência prolongada em contextos de trabalho com altos níveis de exigência, ou em ambientes que passam por transformações organizacionais constantes ou, ainda, à submissão a ritmos de trabalho muito intensos.

Finalmente, o trabalho pode ser considerado *provocador de uma doença já estabelecida* no caso de trabalhadores alcoolistas ou com transtornos neuróticos especificados, que estavam controlados e tiveram recidiva devido ao trabalho.

Os estudos de Lima (2005, 2007) e Vieira (2009) registram a relevância e a complexidade de se estabelecer a relação causal entre o trabalho e os transtornos mentais e apontam que superar este desafio é fundamental e decisivo para a proteção da saúde dos trabalhadores, que, vale lembrar, faz parte das diretrizes do SUS.

⁹ Esse sistema de notificação foi estabelecido pela Portaria GM/MS nº 777 e dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória pelo SUS de determinados agravos à saúde, incluindo a saúde mental relacionada ao trabalho. Importante registrar que esse sistema de notificação abrange todos os tipos de trabalhadores, quer estejam inseridos no mercado de trabalho formal ou no informal.

Evento sentinela¹⁰: investigação e prevenção

A ocorrência de um evento em determinado local de trabalho sinaliza aos serviços de saúde a necessidade de uma intervenção. Um evento sentinela pode ser, entre outros, um acidente de trabalho ou a constatação de um número elevado de trabalhadores de um mesmo local com determinado diagnóstico.

Um exemplo interessante de como um evento desse tipo pode ajudar na atuação do SUS sobre a saúde mental relacionada ao trabalho refere-se a um caso ocorrido na região metropolitana de São Paulo. Ele se iniciou com a constatação da psiquiatra do convênio de uma empresa pertencente a uma grande rede varejista de que os trabalhadores dessa empresa apresentavam queixas de saúde mental similares.

Esses trabalhadores referiam-se a desânimo, falta de interesse geral, insônia, excesso de somatizações, pensamentos suicidas, cansaço físico e mental, fadiga, nervosismo, irritação exacerbada, tristeza e todos faziam uso de medicação. Descreviam também a ocorrência de assaltos no trabalho, a pressão psicológica para atingir as metas, medo de demissão e as mudanças gerenciais implementadas por uma nova administração. Além disso, a médica observou que o tempo de recuperação e afastamento do trabalho devido ao adoecimento nesse grupo era superior a outros casos com o mesmo diagnóstico.

Sem familiaridade com o mundo do trabalho, a profissional buscou amparo teórico-técnico para sua conduta junto ao Cerest estadual, que propôs ao serviço de referência em saúde do trabalhador do município um trabalho conjunto. As equipes de ambos os serviços constataram tratar-se de um problema regional, uma vez que a empresa possuía lojas em diversos municípios. Desse modo foram convidados os Cerests, os serviços de vigilância à saúde dos demais municípios e o sindicato da categoria profissional para uma ação regional articulada.

Foi estabelecido um plano de intervenção conjunto, que incluía a realização de entrevistas com os trabalhadores pelos profissionais do Cerest; grupos de orientação com o intuito de que os trabalhadores refletissem sobre o processo de adoecimento e suas peculiaridades; e levantamento de dados sobre a empresa junto a outros Cerests e ao INSS.

Importante registrar que, além do caráter regional, o trabalho foi concebido por um grupo interdisciplinar: psicólogos, médicos, assistentes sociais, técnicos de segurança do trabalho, engenheiros, fonoaudiólogos. Portanto, os desafios se apresentavam tanto em relação à demanda, quanto à organização do grupo e à metodologia de trabalho.

Os dados foram analisados pela equipe ampliada, constatando-se que os trabalhadores apresentavam alto

nível de sofrimento mental, sem história pregressa, que associavam às características da organização do trabalho. Foram realizadas devolutivas dos dados obtidos aos trabalhadores e indicadas condutas individuais, como, por exemplo, abertura de comunicação de acidente de trabalho (CAT), encaminhamento para atendimento psicológico e acompanhamento no retorno ao trabalho. Simultaneamente, foram planejadas ações de vigilância à empresa que contemplaram a verificação do cumprimento das normas de saúde e segurança no trabalho, bem como a aplicação de um questionário aos trabalhadores e supervisores para a caracterização dos aspectos relacionados à organização do trabalho.

Esse caso possibilita observar como a suspeita de uma profissional de que problemas de saúde mental poderiam estar relacionados ao trabalho configurou-se como um evento sentinela que resultou, por um lado, em atividades de vigilância na empresa com a participação do movimento sindical e de diferentes serviços do SUS e, por outro, na organização dos serviços para a atenção à saúde dos trabalhadores. E vale dizer que, se essa demanda foi identificada pela psiquiatra do convênio de uma empresa, poderia tê-lo sido por um profissional do SUS.

Esse exemplo também levanta uma questão comum na área de saúde do trabalhador: como e o que “olhar” nos aspectos relativos à organização do trabalho em um processo de vigilância em saúde do trabalhador e, principalmente, em um caso como o relatado aqui, no qual a saúde mental está em foco? A experiência demonstra como os profissionais encontram dificuldades no levantamento das condições subjetivas em que ocorre o trabalho e o modo como este se organiza, porque, em geral, há pouca participação dos trabalhadores para o reconhecimento dos fatores de risco relativos a essa questão.

Consideramos que uma metodologia essencial relativa à temática foi utilizada na Reforma Sanitária Italiana, denominada Modelo Operário Italiano (ODDONE et al., 1986; SATO; VALENTE; FREITAS, 1993). Este modelo tinha como premissas a formação de grupos homogêneos, a experiência ou subjetividade operária, a validação consensual e a não delegação, priorizando a participação dos trabalhadores nas ações de controle da saúde nos locais de trabalho, valorizando o conhecimento e a experiência do trabalhador.

A compreensão do universo de trabalho a partir da identificação, pelos trabalhadores, dos aspectos positivos e negativos que o conformam possibilita entender os impactos dos processos de trabalho na sua subjetividade. Importante ressaltar que a participação dos trabalhadores a que nos referimos em nada tem a ver com as estratégias da gestão empresarial, que utiliza a cooperação e a participação dos trabalhadores como instrumentos de padronização das subjetividades (BERNARDO, 2009).

¹⁰ “Evento sentinela” é um termo aplicado a casos que servem de alerta para a possibilidade de ocorrência de agravos à saúde a uma coletividade. A constatação desse tipo de evento tem por finalidade acionar ações de prevenção.

Para concluir este item, vale dizer que, nesse tipo de intervenção, que envolve uma escuta para os problemas vivenciados pelos trabalhadores, os profissionais de saúde mental podem ter muito a colaborar na equipe multiprofissional.

Notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador

Por muito tempo, os dados de adoecimento no trabalho basearam-se nas comunicações de acidente do trabalho (CAT), de preenchimento obrigatório nos casos de trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Desta forma, os dados no INSS eram a fonte primordial para o conhecimento do perfil de adoecimento dos trabalhadores. Porém, esses dados apresentam diversas dificuldades para se alcançar esse fim. Inicialmente, deve-se lembrar de que se referem somente a pessoas inseridas no mercado formal e que são seguradas do INSS. Mas, além disso, não costumam retratar a realidade das doenças de saúde relacionadas ao trabalho, especialmente os transtornos mentais. Estes aparecem nas estatísticas do INSS como uma das principais causas de afastamento do trabalho, mas a maioria sem nexos com o trabalho, o que faz pensar em uma subnotificação.¹¹

Diante desta realidade, muitos municípios instituíram, na rede municipal de saúde, fichas de notificação dos acidentes/doenças de trabalho de modo a incluir trabalhadores estatutários, autônomos, informais etc. nas estatísticas municipais de agravos relacionados à saúde dos trabalhadores. Dentre outras experiências, os Cerests de alguns municípios criaram e aprimoram as fichas denominadas Relatório de Atendimento de Acidente de Trabalho (RAAT), como, por exemplo, Diadema (GARBIN; KANASAWA; URTADO; 2007), Piracicaba (CORDEIRO et al., 2005), São Paulo e Rio Claro.

Mais recentemente, no entanto, essa questão também passa a fazer parte do cenário nacional. Assim, a notificação compulsória dos transtornos mentais relacionados ao trabalho é impulsionada por uma portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), que institui um Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) de doenças relacionadas ao trabalho, que pressupõe a articulação das ações dos Cerests com a rede de saúde.

Essa Portaria, juntamente com a regulamentação do fluxo das informações no Estado de São Paulo, por meio da Resolução nº 63/09, da Secretaria de Estado da Saúde, traduz-se em uma estratégia de discussão sobre os agravos relacionados à saúde do trabalhador com a rede

básica, serviços especializados, urgência e emergência, rede hospitalar (SÃO PAULO, 2009).

Entretanto, a experiência de atuação nos Cerest nos possibilita registrar que, de todos os agravos à saúde dos trabalhadores de notificação compulsória, os acidentes graves e fatais foram aqueles mais facilmente absorvidos na rotina dos serviços e, conseqüentemente, geraram dados para análise e sistematização. Já para os casos dos transtornos mentais, a realidade ainda é bem diferente. As dificuldades de articulação com a área programática de saúde mental, os obstáculos teórico-práticos dos profissionais em exercitar e confrontar o diagnóstico do transtorno mental e os embates com as empresas são entraves para que os registros de agravos à saúde mental relacionados ao trabalho sejam representativos daquilo que é vivenciado pelos trabalhadores.

Mas não temos dúvida sobre a importância de se buscar a implementação das notificações dos agravos à saúde mental relacionados ao trabalho para poder dar visibilidade a essa questão que se configura como um grave problema de saúde pública.

Considerações finais

Ao elegermos a categoria trabalho como central na dinâmica de vida das pessoas, esta se apresenta como uma possibilidade terapêutica, portanto com sua potencialidade integradora, criativa e de reconhecimento, perspectiva comumente utilizada na atenção em saúde mental, isto é, a possibilidade de reinserção social.

Neste sentido, Antunes (1995, p. 121) sustenta a dimensão essencial do trabalho:

Este por sua vez desenvolve-se pelos laços de cooperação social existentes no processo de produção material, em outras palavras, o ato de produção e reprodução da vida humana realiza-se pelo trabalho. É a partir do trabalho em sua cotidianidade que o homem torna-se ser social, distinguindo-se de todas as formas não humanas.

Por outro lado, salientamos que é intrínseco ao modo capitalista de organização do trabalho um potencial adoecedor, que repercute na saúde das pessoas, em especial na subjetividade do ser humano (BERNARDO, 2009; GARBIN, 2009) e esse é um aspecto ainda pouco assumido pelo SUS devido às dificuldades apontadas ao longo deste ensaio.

¹¹ É importante dizer que, a partir da entrada em vigor da Lei nº 11.430, de 26 de dezembro de 2006, do decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007, o INSS passou a reconhecer doenças relacionadas ao trabalho mediante o estabelecimento de “nexo técnico epidemiológico” relacionado à atividade profissional exercida. Assim, “quando um trabalhador for afastado do trabalho por uma determinada doença que tenha significância estatística no ramo econômico a que pertence seu empregador, seu benefício será definido automaticamente pelo INSS como acidente de trabalho” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2008b). Com isso, o número de registros de doenças mentais relacionadas ao trabalho no INSS aumentou mais de 1000% de 2006 para 2007.

Assim, entendemos que a integração entre os “olhares, saberes e experiências” das áreas de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador no SUS é urgente e fundamental para a superação da leitura individualizante e culpabilizante sobre o sofrimento mental relacionado ao trabalho que ainda predomina na sociedade e nos próprios serviços de saúde pública.

Buscamos também demonstrar que o potencial dos diversos níveis de atenção do SUS para o de-

envolvimento de ações sobre problemas de saúde mental relacionados ao trabalho é enorme. Para que isso ocorra, no entanto, ainda é necessário que essa questão seja, de fato, vista pelos gestores e profissionais do SUS em toda a sua dimensão e complexidade, envolvendo a militância dos profissionais e do movimento social que, historicamente, defenderam a proteção e o cuidado na área da saúde mental e da saúde do trabalhador.

Contribuições de autoria

Bernardo, M. H. e Garbin, A. de C. participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

ALMEIDA, I. M. de. *Construindo a culpa e evitando a prevenção: caminhos da investigação de acidentes do trabalho em empresas e município de porte médio*, Botucatu, São Paulo, 1997. 201p. Tese (Doutorado em Saúde Ambiental)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____. Trajetória da análise de acidentes: o paradigma tradicional e os primórdios da ampliação da análise. *Interface*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 185-202, jun. 2006.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.

_____. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Campinas: Unicamp, 1995.

BERNARDO, M. H. *Trabalho duro, discurso flexível: uma análise das contradições do toyotismo a partir da vivência de trabalhadores*. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

BINDER, M. C. P.; ALMEIDA, I. M. Estudo de caso de dois acidentes do trabalho investigados com o método de árvore de causas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 749-760, out. 1997.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. Dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento numa empresa. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 12, n. 3, p. 465-473, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991. Define a necessidade de compatibilizar os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial vigente. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1991. Seção I, p. 284-295.

_____. _____. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para a atendimento ambulatorial e hospitalar na assistência à saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1992. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislação-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2011.

_____. Lei Federal nº 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 11 nov.1999. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei_9867.pdf>. Acesso em 7 abr. 2011.

_____. Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 7 abr. 2001a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/Ofa96700431cd5c7ba16ba9c579bb600/LEI+N%BA+10.216-2001.pdf?MOD=AJPERE>>. Acesso em: 7 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. _____. Portaria GM/MS nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria777.pdf>>. Acesso em 7 abr. 2011.

_____. _____. Portaria nº 1.068/GM de 4 de julho de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento

da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1068.htm>. Acesso em: 7 abr. 2011.

_____. _____. Portaria GM/MS nº 2.437, de 7 dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2005b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA/Port2005/GM/GM-2437.htm>. Acesso em: 6 abr. 2011.

_____. _____. *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - manual de gestão e gerenciamento*, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/recursos/profissional/aceso_rapido/gtae/Saude_pessoa_idosa/portaria_n_154_de_24_de_janeiro_de_2008_pdf. Acesso em: 7 abr. 2011.

_____. _____. *Manual de gestão da vigilância em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e manuais técnicos), 2009.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privativo para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1865-1874, 2007. Suplemento.

CECCIM, R. B. Réplica. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 175-177, fev. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *A instituição sinistra - mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil*. Brasília, 2001.

_____. *Relatório de inspeção nacional de unidades psiquiátricas em prol dos direitos humanos*. Brasília: CFP, 2004.

_____. *Um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. Relatório sobre as inspeções às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei*. Brasília: CFP, 2006.

_____. *Relatório de inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)*. Brasília: CFP, 2008a.

_____. *Saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública: referências para atuação do psicólogo*. Brasília: CFP/CREPOP, 2008b.

_____. *A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família*. Brasília: CFP, 2009.

CORDEIRO, R. et al. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1574-1583, 2005.

COSTA, D.; et al. *Programa de saúde dos trabalhadores: a experiência da Zona Norte: uma alternativa em Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1989.

FARINA, A. S.; NEVES, T. F. S. Formas de lidar com o desemprego: possibilidades e limites de um projeto de atuação em psicologia social do trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 21-36, 2007.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GARBIN, A. C. *Representações na mídia impressa sobre o assédio moral no trabalho*. 2009. 169 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

GARBIN, A. C.; KANASAWA, K. C.; URTADO, G. M. *O processo de implantação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador em um município da Grande São Paulo: relato de uma experiência*. 2007. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde do Trabalhador)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

JARDIM, S. R.; GLINA, D. M. R. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (Org.). *Saúde mental no trabalho: desafios e soluções*. São Paulo: VK, 2000.

LACAZ, F. A. C. *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical*. 1996. 435 f. Tese (Doutorado)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LAURELL, A. C. Trabajo y salud: estado del conocimiento. In: FRANCO, S. et al. (Org.). *Debates en medicina social*. Quito: OPAS/ALAMES, 1991. p. 249-339. (Serie Ddesarrollo de recursos humanos, 92)

LIMA, M. E. A. Transtornos mentais e trabalho: o problema do nexos causal. *Revista de Administração da FEAD-Minas*, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 73-80, jun. 2005.

_____. A polêmica em torno do nexos causal entre distúrbio mental e trabalho. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL NO TRABALHO, 2., 2006, Goiânia. *Anais...* São Paulo: Cir Gráfica e Editora, 2007. p. 161-169,

MAENO, M.; CARMO, J. C. *Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro*. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Praxis en salud un desafío para lo publico*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

- MINAYO-GÓMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.
- ODDONE, I. et al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- OLIVEIRA, F. A *Construção social dos discursos sobre o acidente de trabalho*. 1997. 125 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- PASSOS, I. C. F. Criando redes de ensino, intervenção e pesquisa na saúde mental em sua interface com a saúde coletiva. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS - 63, de 30 de abril de 2009. Regulamenta o fluxo de notificações de agravos à saúde do trabalhador, no âmbito do Estado de São Paulo. nº 80 – *Diário Oficial [do] Estado de São Paulo*, 1 maio 2009, Seção 1, p. 25.
- SATO, L. A representação social do trabalho penoso. In: SPINK, M. J. (Org.) *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005.
- SATO, L.; LACAZ, F. A. C.; BERNARDO, M. H. Psicologia e saúde do trabalhador: as experiências com a emergência de um espaço de práticas e de investigação em Saúde Pública de São Paulo. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 11, p. 281-288, 2006.
- SATO, L.; VALENTE, L. A.; FREITAS, N. B. B. Mapa de risco: origem e aplicação legal. *Decisão*, v. 14, p. 13-15, ago. 1993.
- SCARCELLI, I. R. *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo (1989-1992)*. 1998. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)–Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- SCARCELLI, I. R.; ALENCAR, S. L. S. Saúde mental e saúde coletiva: intersetorialidade e participação em debate. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, São Paulo, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.
- SCHILLING, R. S. F. More effective prevention in occupational health practice. *Journal of the Society of Occupational Medicine*, v. 39, n. 3, p. 71-79, 1984.
- SILVA, R. G.; FISCHER, F. M. Incentivos governamentais para promoção da segurança e saúde no trabalho: em busca de alternativas e possibilidades. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 11-21, 2008.
- TAMBELLINI, A. T. A política oficial de desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil na área de saúde e trabalho: discurso e prática. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. *Ensino da saúde pública, da medicina preventiva, e da medicina social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1984. p. 11-38.
- TERRA, C. P.; et al. Desemprego: discurso e silenciamento: um estudo com clientes de um serviço de aconselhamento psicológico. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 33-51, 2006.
- VIEIRA, C. E. C. O nexos causal entre transtorno de estresse pós-traumático e trabalho: controvérsias acerca do laudo de uma perícia judicial. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 34, n. 120, p. 150-162, 2009.

Renata Paparelli¹
Leny Sato²
Fábio de Oliveira³

A Saúde Mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde

Work-related Mental Health and challenges for healthcare personnel

¹ Assistente mestre do Departamento de Psicologia Social da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, Brasil.

² Professora titular do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

³ Assistente doutor do Departamento de Psicologia Social da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, Brasil.

Contato:

Renata Paparelli
Rua Monte Alegre, 984, sala T-52 –
Perdizes, São Paulo-SP
CEP 05014-901
E-mail:
rpaparel@uol.com.br

Resumo

Este artigo de caráter reflexivo discute a Saúde Mental relacionada ao trabalho no contexto atual. Para isso, aponta para a persistência das ideias que negam onexo entre o trabalho e a saúde mental e critica sua lógica simplificadora e culpabilizante. Prossegue retomando os conceitos fundamentais do campo da saúde do trabalhador e a contribuição da abordagem do processo saúde-doença da Medicina Social Latino-Americana. Ressalta, em seguida, a relevância e a atualidade do conceito de desgaste mental. Conclui com o delineamento dos desafios para os profissionais da saúde para a compreensão da relação entre saúde e trabalho e os novos horizontes abertos pela legislação que estabelece o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) e o Fator Acidentário de Prevenção (FAP).

Palavras-chave: saúde mental; trabalho; psicologia social; profissionais de saúde.

Abstract

This reflective essay discusses work-related mental health in the current context, pointing to the persistence of ideas denying the nexus between work and mental health, and criticizing their simplistic and blaming logic. It goes on by resuming the fundamental concepts in the field of Occupational Health and the contributions of the Latin American social medicine health-disease approach. Then it highlights the relevance and contemporaneity of the concept of mental wearing down. It concludes by outlining health professionals' challenges to understand the relationship between health and work, and the new horizons opened by Brazilian Social Security legislation with the introduction of Technical Epidemiological Nexus (NTEP) and Accident Prevention Factor (FAP).

Keywords: mental health; work; social psychology; healthcare personnel.

Recebido: 18/02/2010
Revisado: 13/10/2010
Aprovado: 20/10/2010

Introdução

A relação entre saúde mental e trabalho é um tema muito em voga no Brasil nos últimos anos e constitui um campo de estudos que poderíamos melhor nomear como “Saúde Mental Relacionada ao Trabalho” (SMRT). Essa discussão pode ser apreendida pela variedade de tipos de publicações que apresentam o tema: artigos em periódicos científicos, livros, materiais sindicais, apresentações em congressos, além de ser comumente tema de semanas internas de prevenção de acidentes de trabalho (SIPATs). Atualmente, essa relação também é objeto de normas técnicas e de protocolos para orientar os profissionais de saúde. Além disso, os problemas de adoecimento mental continuam a demandar atendimento em serviços públicos e têm motivado o afastamento do trabalho e a aposentadoria por invalidez de muitos trabalhadores do setor formal de trabalho (JACQUES, 2007; SAMPAIO; MESSIAS, 2002).

O próprio fato de ter havido a iniciativa de editar-se um número especial da *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* sobre o tema também revela que ele continua a solicitar espaço como objeto de reflexão. Esse fato parece indicar que a divulgação, o debate e a discussão sobre o assunto não têm sido suficientes para mudar o quadro dos problemas de saúde mental relacionados ao trabalho. Mais ainda, constata-se um movimento contraditório: ao mesmo tempo em que se apontam e discutem os contextos de trabalho que explicam a ocorrência desses problemas, testemunha-se não apenas o surgimento de ocupações e profissões que preservam características pouco recomendáveis sob a ótica do campo da SMRT – exemplar é o caso do trabalho em *telework*, que já motivou a realização de diversos estudos no Brasil, como, por exemplo, o de Ramalho et al. (2008) –, como também se constata que ainda há quem duvide da existência do nexo entre saúde mental e trabalho!

Por que ainda precisamos falar sobre o tema?

Diante dessa situação, nós, autores deste artigo, fomos levados a interrogar sobre o porquê de ainda haver a necessidade de informar e afirmar que a saúde mental pode ser afetada pelo trabalho, o que gerou as reflexões reunidas no presente artigo, o qual não pretende ser exaustivo na revisão das diferentes posições sobre o tema.

Temos presenciado situações nas quais as pessoas, muitas delas profissionais de saúde, demonstram descrença na existência de tais relações. Por vezes, temos

visto fortes reações de oposição à leitura que incorpora os contextos de trabalho como determinantes dos problemas de saúde mental da população trabalhadora.

E quando referimo-nos à população trabalhadora, estamos falando da maioria das pessoas na idade adulta, ou seja, daqueles que vendem sua força de trabalho e também dos que estão em busca de oportunidades para vendê-la.⁴

Não raramente, em nossa atuação como docentes, deparamo-nos com a contrariedade de alguns estudantes, muitos deles da área da saúde, quando apontamos o processo saúde-doença como socialmente influenciado, como já fora, de algum modo, mostrado por Bernardino Ramazzini no século XVIII em seu famoso livro *As doenças dos trabalhadores* (RAMAZZINI, 2000).

Essa reação dos estudantes parece ser motivada por, pelo menos, duas posições em relação à compreensão da relação saúde-doença e trabalho. A primeira é a de que a causa última para explicar o adoecimento de trabalhadores e trabalhadoras deveria ser buscada sempre no indivíduo: em suas peculiaridades em termos físicos, fisiológicos, psicossociais e em sua história de vida no núcleo familiar anterior à vida de trabalho. A segunda posição é a adoção da naturalização da ideia de que o trabalho produz sofrimento e não pode ser mudado, como se isso fosse um destino, uma determinação inquestionável e intransponível, cujo curso seria impossível de ser modificado.

Ao mesmo tempo em que cresce a constatação, por meio de estudos e dos relatos das vivências de trabalhadores e trabalhadoras, de que o trabalho (tal qual se configura em suas condições e organização) frequentemente produz adoecimentos, desvaloriza-se a força dessa determinação, como se fosse possível reduzi-la às características dos que adoecem, corroborando um processo conhecido como “culpabilização da vítima” (LIMA; OLIVEIRA, 1995; OLIVEIRA, 2007). Desse modo, é comum ouvirmos diferentes versões da mesma pergunta, “mas porque alguns adoecem e outros não?”, pergunta que revela o sofisma acima descrito.

É como se os trabalhadores tivessem que ser idênticos uns aos outros e como se o trabalho que realizam fosse homogêneo. Pesquisas que analisam o cotidiano laboral e as diferenças entre o trabalho prescrito e o trabalho real (DANIELLOU; LAVILLE; TEIGER, 1989) apontam a existência de uma série de diferenças entre postos de trabalho que parecem, em um primeiro momento, idênticos. Como exemplo, podemos falar da atividade de caixa de banco cujos ritmos, pressões, cargas afetivas, responsabilidades são muito diferentes, quer se trate da empresa A ou B, quer se trate de agências localizadas em grandes centros urbanos, em bairros com alta densidade populacional ou em bairros pequenos, onde todo mundo se conhece, quer seja realizada no momento de uma fusão entre bancos ou de uma grande crise financeira.

⁴ De acordo com Ricardo Antunes (1999), a “classe-que-vive-do-trabalho” exclui apenas “os gestores do capital, seus altos funcionários, que detêm papel de controle no processo de trabalho, de valorização e reprodução do capital no interior das empresas e que recebem rendimentos elevados” (p. 104), os que vivem da especulação e dos juros, os pequenos empresários, a pequena burguesia proprietária rural e urbana.

E, quando se fala que a diversidade interpessoal e a variabilidade intrapessoal deveriam ser respeitadas sob pena de o sofrimento, o incômodo e o adoecimento se expressarem, alguns alunos e ouvintes ficam revoltados! Pois lhes parece impossível conceber que é o trabalho (construído socialmente) que deva ser modificado, e não as pessoas.

Esse reducionismo explicativo exemplifica uma reação relativamente generalizada, que também se manifesta quando são discutidos, no dia a dia, fenômenos do mundo do trabalho que demandariam, na verdade, a compreensão das relações indivíduo e sociedade, indivíduo e contexto de vida. Assim, é frequente que, nas interações cotidianas, sejam buscadas explicações apresentadas para os acidentes de trabalho ou para o desemprego, explicações calcadas em características pessoais dos trabalhadores. Isso é analisado por Oliveira (2007), no caso dos acidentados, e por Farina e Neves (2007), no caso dos desempregados.⁵

A lógica que acaba por culpabilizar a vítima ou por naturalizar as condições e a organização do trabalho está presente também na noção de ato inseguro como explicação dos acidentes de trabalho. Oliveira (2007) aponta a persistência desse modelo explicativo nos contextos de trabalho. Segundo o autor:

A principal conclusão a se tirar é que a teoria dos dominós de Heinrich [promotora da ideologia do ato inseguro], difundida durante o “milagre econômico” por órgãos oficiais e por outros meios, estrutura o pensamento e as ações relacionados aos acidentes de trabalho na fábrica estudada. As explicações baseadas nos atos inseguros predominam em função da naturalização dos riscos e de mecanismos institucionais que as reafirmam cotidianamente. (p. 26)

Um fenômeno que tem sido negligenciado e que diz respeito diretamente à SMRT é o alcoolismo induzido pelo trabalho. Basta realizar um breve levantamento bibliográfico para verificar que a maioria dos textos que abordam a relação entre alcoolismo e trabalho o faz em nome da necessidade de erradicar comportamentos improdutivos decorrentes do consumo abusivo de álcool.⁶ Nesse contexto, raramente se cogita a participação da organização do trabalho na produção do transtorno, atribuindo-se maior valor a características supostamente predisponentes presentes no indivíduo, traços de personalidade, problemas psicológicos. Assim, mesmo profissionais que atuam em instituições públicas especialmente dedicadas a essa população, muitas vezes não consideram importante sequer saber o tipo de trabalho que aquelas pessoas realizavam antes do adoecimento e tampouco

investigar a participação da atividade laboral no processo de cronificação do agravo à saúde.

Tivemos a oportunidade de supervisionar um estágio em uma dessas instituições que consistiu na realização de oficinas de discussão do tema trabalho com alcoolistas.⁷ Um dos participantes da oficina relatou sua história, que revela claramente o nexos entre alcoolismo e trabalho. Podemos sintetizá-la do seguinte modo: ele operava uma máquina que não contava com dispositivos de segurança e que já havia ocasionado vários acidentes, incluindo amputações de partes de membros superiores; com o ritmo intenso de produção, o risco de acidentes aumentava significativamente. Para dar conta do ritmo e do medo gerado pelo risco, o trabalhador passou a recorrer aos efeitos do álcool, saindo do posto de trabalho para consumir a bebida. Com o tempo, ele passou a levar a cachaça em uma garrafa de água mineral e consumi-la durante a execução do trabalho. Esse fato era de conhecimento de todos, tanto que o seu supervisor indicava disfarçadamente que ele fosse beber um “cafezinho” (a cachaça) quando caía o seu ritmo de produção, sabendo que o consumo de álcool viabilizaria a alta velocidade com que ele conseguia produzir. Certa vez, uma colega de trabalho passou com os cabelos soltos perto da máquina e sofreu um escalpo; o trabalhador foi demitido por ter “causado” o acidente que quase custou a vida da colega e por consumir álcool durante a jornada de trabalho! O mais interessante é que, mesmo nesse caso em que o diagnóstico de “alcoolismo crônico relacionado ao trabalho”⁸ praticamente se constrói sozinho, a psicóloga da instituição pública especializada em tratamento de usuários de álcool e drogas manteve intacto o seu raciocínio culpabilizante: atribuiu ao inconsciente do trabalhador a escolha de uma atividade profissional que o levaria ao consumo de álcool, como se houvesse uma predisposição individual a desenvolver o transtorno. Argumentamos no sentido de explicitar que, no trabalho desse operador de máquinas, não havia nada que pudesse indicar, nem de longe, a facilitação do consumo de álcool, como seria de se esperar da atividade de alguém que trabalhasse servindo bebidas alcoólicas ou fazendo a segurança de casas noturnas. Mesmo assim, a tese da “escolha inconsciente do trabalho” foi mantida. Ela, ainda, perguntando-se por que o trabalhador não havia mudado de emprego ao perceber que aquele o estava prejudicando, concluiu pela predisposição endógena ao consumo.

Vários outros exemplos poderiam ser apresentados. Diante dessa recorrente reação, pensamos que seria importante tratar do modo como compreendemos fenômenos que envolvem a contextualização das pessoas na vida material e social, compreensão que é essencial no campo

⁵ Ver também Neves et al. (1998).

⁶ Uma das exceções que não afirmam essa lógica é o artigo de Halpern, Ferreira e Silva Filho (2008).

⁷ Estagiárias envolvidas: Flávia Thomé Alvarez e Natália Degaki.

⁸ Para maiores informações, ver Dias et al. (2001).

da SMRT, área que implica o diálogo constante com outras disciplinas do conhecimento.⁹ Além disso, é necessária a articulação de vários territórios para a compreensão da SMRT (SELIGMANN-SILVA, 1994), que incluem:

- patamar internacional: é preciso considerar a divisão internacional da riqueza, do poder e do trabalho (como exemplo, podemos citar a exportação, dos países ricos para os pobres, de processos e substâncias químicas que oferecem riscos à saúde e que foram recusados pelos trabalhadores dos países de origem);
- contextos nacionais: determinações estruturais, conjunturais, políticas econômicas e de desenvolvimento social, legislação trabalhista e garantia de direitos aos trabalhadores, existência de proteção ao emprego e à saúde, promoção de qualificação social etc.;
- condições gerais de vida: moradia, saneamento básico, alimentação, transporte são fatores que podem elevar o desgaste dos trabalhadores;
- empresas: relações de trabalho, políticas de recursos humanos, tipos de gestão e possibilidades de controle dos trabalhadores;
- espaço microssocial do local de trabalho: aspectos coletivos, dinâmicas intersubjetivas;
- individualidade: espaço no qual o indivíduo singular, em sua trajetória pessoal, irá se “confrontar ativamente com as forças emanadas dos demais territórios examinados e penetrar na malha de suas interações” (p. 71).

Desse modo, os estudos no campo da SMRT representam um desafio aos pesquisadores:

Um desafio para os pesquisadores do novo é, portanto, o de integrar, de forma compreensiva, as contribuições dos autores que têm se preocupado em analisar as instâncias “macro” às daqueles que têm estudado fenômenos microssociais, nas equipes e nos/dos locais de trabalho e, ainda, às dos que detectam a complexidade da dinâmica intrapsíquica decorrente da vida e da experiência laboral. (SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 71)

Colaborando para enfrentar a lógica simplificadora e culpabilizante em saúde

A crítica realizada pelo campo teórico-prático da Saúde e Trabalho e pela abordagem da Medicina Social Latino-Americana às concepções hegemônicas de saúde e das determinações do processo saúde-doença permitem-nos questionar a simplificação ideológica

que atribui apenas aos indivíduos e às suas características pessoais as causas de seus problemas de saúde, em geral, e os relacionados ao trabalho, em particular. Essa crítica também possibilitou a construção dos pilares de uma outra concepção acerca da gênese e da constituição do sofrimento psíquico humano, a teoria do Desgaste Mental (SELIGMANN-SILVA, 1986). Vejamos agora os elementos básicos da crítica para posteriormente conhecermos a teoria do Desgaste Mental.

a) SMRT e a Saúde do Trabalhador, alguns conceitos fundamentais¹⁰

O campo da Saúde do Trabalhador emerge como um discurso contra-hegemônico – campo de práticas teóricas (geração de conhecimentos) e práticas político-ideológicas (visando à superação das relações de poder) – no contexto do ressurgimento do movimento sindical no Brasil, no final da década de 1970. Constituído pelos vetores da produção acadêmica, da programação em saúde na rede pública e pelo movimento dos trabalhadores, busca compreender a *determinação do processo saúde-doença*, privilegiando o trabalho (SATO; BERNARDO, 2005; LACAZ, 2007). Nesse modo de entender a relação saúde-doença e trabalho, o *trabalhador comparece como sujeito*, ao lado de saberes acadêmicos e de profissionais da saúde, na luta pela transformação dos processos de trabalho, “visando a resgatar o real *ethos* do trabalho: libertário e emancipador” (LACAZ, 2007, p. 760). Esse lugar ocupado pelos trabalhadores nas práticas do campo da Saúde do Trabalhador configura-se como premissa metodológica, sendo o trabalho do psicólogo Ivar Oddone (ODDONE et al., 1986) paradigmático nesse sentido, conforme vemos em Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997):

(...) uma premissa metodológica é a interlocução com os próprios trabalhadores, depositários de um saber emanado da experiência e sujeitos essenciais quando se visa a uma ação transformadora. O reconhecimento desse saber/poder foi o sustentáculo do “Modelo Operário Italiano” (ODDONE et al., 1986), que emergiu no bojo do dinamismo dos movimentos sociais, em finais dos anos 70, tendo como foco particular a mudança e o controle das condições de trabalho nas unidades produtivas. A não-delegação, expressa pela recusa em transferir para técnicos ou representantes sindicais a tarefa de sistematizar o conhecimento obtido pelos grupos submetidos às mesmas condições de trabalho – grupos homogêneos – e a validação consensual, resultante da discussão coletiva das avaliações que pautariam os processos reivindicatórios, constituíram-se nos pressupostos básicos desse modelo. (p. 29)

Os elementos básicos da perspectiva da Saúde do Trabalhador são os seguintes (SATO, 1995):

⁹ Segundo Seligmann-Silva (1994), são exemplos dessas disciplinas: Medicina do Trabalho, Psicologia do Trabalho, Psicopatologia do Trabalho, Toxicologia, Ergonomia, Psicanálise, Fisiologia, Neurologia, Psiquiatria, Medicina Psicossomática, Economia Política, Estudos sobre Organização do Trabalho, Ciências Sociais, Filosofia.

¹⁰ Esse tópico, bem como os dois seguintes, caracterizam-se como uma reformulação de texto contido na tese de doutorado de Paparelli (2009).

- o trabalho não pode ser reduzido ao ambiente de trabalho. As regras que definem a convivência entre patrões e empregados, as hierarquias, o ritmo, as formas de avaliação, a possibilidade de controle do trabalho, ou seja, a divisão do poder (divisão entre quem pensa e quem executa, quem manda e quem só deve obedecer) define as condições de trabalho. A categoria teórica ampliada que inclui esses aspectos é a “*organização do trabalho*”;
- a consideração da presença de sofrimento ou desgaste mental relacionado ao trabalho como indícios de sua penosidade, ainda que não se configurem como doenças propriamente ditas;
- o questionamento quanto à definição de saúde preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um “estado de bem-estar biopsicossocial”.

Quanto a esse último aspecto, Canguilhem (1995) traz elementos para o questionamento do conceito de saúde tal como definido pela OMS. Segundo Neves, Seligmann-Silva e Athayde (2004), Canguilhem:

[...] aponta a saúde e a doença como dimensões constitutivas do processo dinâmico que é a vida, estando cada uma dessas dimensões contida na outra [...] afirma que saúde diz respeito à capacidade de o ser vivo estabelecer normas, de tolerar e enfrentar as infidelidades e as agressões do meio (na medida em que o normal se constitui das variabilidades e flutuações desse meio), o que é mais do que adaptar-se. Ser saudável significa, então, ser capaz de detectar, interpretar e reagir – enfim, é a capacidade de cair enfermo (ficar doente) e poder recuperar-se. [...] A normalidade e a anormalidade fazem parte do campo da saúde, o que não implica a doença. Dessa forma, segundo o autor, os conceitos de saúde e enfermidade devem ser pensados a partir da correlação que se estabelece entre determinações sociais e limites ou capacidades vitais. A capacidade de tolerância para enfrentar as dificuldades está, portanto, diretamente associada a valores biológicos e sociais. (p. 44-45)

Dejours (1986), seguindo o mesmo raciocínio, critica o conceito a partir da dificuldade de definir o que seria um perfeito “estado de bem-estar biopsicossocial”, da impossibilidade de alcançá-lo e da natureza mutante e conflituosa da vida humana. Se o que caracteriza o humano é justamente o movimento, o transformar-se, o diferenciar-se de si mesmo durante a vida, como pode a saúde definir-se pela noção de estabilidade? Se o que leva ao movimento são os conflitos vividos e seus afetos correlatos, como pode a saúde caracterizar-se pela noção de harmonioso bem-estar?

Desse modo, para Dejours (1986):

[...] 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. A saúde, portanto, é possuir esses meios. [...] O que significa possuir esses meios e o que é esse bem-estar? Creio que para o bem-estar físico é preciso a liberdade de regular as variações que aparecem no estado do organismo; temos o direito de ter um corpo que tem von-

tade de dormir, temos o direito de ter um corpo que está cansado (o que não é forçosamente anormal) e que tem vontade de repousar. A saúde é a liberdade de dar a esse corpo a possibilidade de repousar, é a liberdade de lhe dar de comer quando ele tem fome, de fazê-lo dormir quando ele tem sono, de fornecer-lhe açúcar quando baixa a glicemia. É, portanto, a liberdade de adaptação. Não é anormal estar cansado, estar com sono. Não é, talvez, anormal ter uma gripe, e aí vê-se que isso vai longe. Pode ser até que seja normal ter algumas doenças. O que não é normal é não poder cuidar dessa doença, não poder ir para a cama, deixar-se levar pela doença, deixar que as coisas sejam feitas por outro durante algum tempo, parar de trabalhar durante a gripe e depois voltar. Bem-estar psíquico, em nosso entender, é, simplesmente, a liberdade que é deixada ao desejo de cada um na organização de sua vida. E por bem-estar social, cremos que aí também se deve entender a liberdade, é 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. (p. 11)

Sato (1995) aprofunda a discussão sobre a saúde-doença e sua relação com a *organização do trabalho*. Essa categoria conceitual chave na Saúde do Trabalhador tem como núcleo as questões do poder e do controle do trabalhador sobre o próprio trabalho. Em pesquisa sobre a penosidade do trabalho de condutores de ônibus urbanos, a autora verifica que, para que se possa afirmar a presença de controle efetivo por parte dos trabalhadores, ou seja, para que se possa afirmar que uma determinada atividade não seja penosa, geradora de desgaste mental, três requisitos devem estar presentes simultaneamente:

- o *poder*, que diz respeito à possibilidade de o trabalhador interferir no planejamento do trabalho de modo a modificar os contextos que geram incômodo, sofrimento e esforço em demasia;
- a *familiaridade*, que se refere à experiência do trabalhador no desempenho da tarefa;
- o *limite subjetivo*, que deve nortear o quando, o quanto e o como o trabalhador suporta as demandas do trabalho.

Em síntese, a *perspectiva da Saúde do Trabalhador* parte da concepção de que a saúde configura-se como um processo e não um estado, sendo que o mais importante nesse processo é o ser humano ali comparecer como sujeito, como alguém com condições e instrumentos para interferir naquilo que lhe causa sofrimento. Essa perspectiva considera os indivíduos em sua diversidade (são diferentes uns dos outros) e variabilidade (são variáveis com relação a si mesmos conforme os diversos momentos pelos quais passam no decorrer de sua existência). As possibilidades de ação no mundo, de intervenção na realidade remetem aos contextos de vida, especialmente ao trabalho e, no interior dessa esfera, à organização do trabalho, divisão das pessoas e das tarefas, divisão do poder de intervir nos contextos de trabalho de modo a torná-los articulados ao processo de saúde.

b) A contribuição da abordagem do processo saúde-doença da Medicina Social Latino-Americana

A Medicina Social Latino-Americana representa um marco dentre as abordagens da medicina construídas no início dos anos 1970, constituindo um modelo de investigação do processo saúde-doença que afirma sua historicidade e busca compreender a multiplicidade de suas determinações. O processo de trabalho emerge como uma das mais importantes dentre essas determinações.

Laurell e Noriega (1989), no livro *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*, apresentam essa abordagem, que, tomando por base a teoria marxista, coloca no centro de análise o trabalho compreendido no interior das relações de produção capitalistas. Embora a questão principal de sua obra não seja a saúde mental relacionada ao trabalho, mas sim a compreensão dos *padrões de desgaste vividos pelas distintas categorias de trabalhadores*, sua proposta traz relevantes contribuições ao estudo dos agravos à saúde mental relacionados ao trabalho, especialmente no que se refere à sua inclusão no bojo dos conflitos entre capital e trabalho.

O método utilizado para dimensionar o *desgaste da força de trabalho* consiste na decomposição e posterior recomposição do processo de trabalho, definido como “materialização do processo de valorização e divisão do trabalho, somente decifrável a partir dele” (p. 105). Deve-se *decompor* o processo de trabalho em seus elementos constituintes (ou seja, o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho e o próprio trabalho), em seus aspectos técnicos (características físicas, químicas e mecânicas) e sociais (a organização e a divisão do trabalho, bem como seu desenvolvimento histórico). Deve-se *reconstituir* o processo de trabalho, propiciando “[...] a integração cada vez mais complexa dos elementos, no marco de uma dinâmica global que imprime uma nova qualidade ao conjunto” (p. 109). Ou seja, o processo de trabalho deve ser reconstituído como “processo global” na busca da “lógica que ordena as partes e lhes dá integridade”. Desse modo, a reconstituição não pode ser confundida com uma “síntese meramente somatória” das partes decompostas, com a busca de relações de causa e efeito mecanicistas (mono ou multicausais) ou de fatores de risco, sob pena de se perder nesse procedimento a compreensão das formas através das quais interagem os elementos entre si e com os trabalhadores. Daí é que se pode falar em relações de *determinação* dos agravos

à saúde pelo processo de trabalho, em contraposição às noções de “determinismo” ou “causalidade”.¹¹

O desgaste operário assume diversas formas de acordo com o processo de trabalho. Laurell e Noriega (1989) fazem uma revisão dos reflexos de diferentes processos de produção sobre a saúde dos trabalhadores e verificam que, no interior das transformações que levam do trabalho artesanal ao taylorismo, passando pelo fordismo e a automação, a dominação e o controle do capital sobre o trabalho intensificam-se e diminuem as possibilidades de o trabalhador ter controle sobre seu próprio trabalho. Essas formas de organização do trabalho, que representam a separação entre concepção e execução e a apropriação capitalista do saber-fazer dos trabalhadores, procuram converter o sujeito-trabalhador em objeto, em fator objetivo do processo de produção, em coisa sem subjetividade. Essas características do processo de trabalho são traduzidas em cargas de trabalho.¹²

Os mesmos autores questionam a noção de risco ocupacional (que estabelece relações de causalidade simples entre os agentes/fatores de risco e as patologias do trabalho), propondo a categoria “carga de trabalho”, que diz respeito às exigências da organização do trabalho e da atividade do trabalhador. Há as “cargas com materialidade externa” (físicas, químicas, biológicas etc.) e as “com materialidade interna” (ritmo, controle, tensão psíquica etc.). Essas cargas interagem dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, do que decorre o possível desgaste dos trabalhadores, desgaste esse que resulta dos processos adaptativos que ocorrem em cada trabalhador e é *definido como perda da capacidade biopsíquica efetiva ou potencial, não se configurando necessariamente como doença instalada*. O *padrão de desgaste* de um determinado grupo de trabalhadores pode ser identificado na relação entre processo de valorização, processo de trabalho, cargas de trabalho e processo de desgaste.

As cargas psíquicas são aquelas que deixam mais clara a submissão de todas as cargas à lógica da produção capitalista, só podendo ser entendidas no interior dela:

No caso das cargas psíquicas, ressalta com particular clareza que são socialmente produzidas e que não podem ser compreendidas como “riscos” isolados, ou abstratos, à margem das condições que as geram. Todavia, isso é também certo para o restante das cargas, incluindo aquelas que têm materialidade externa à corporeidade humana. Ou seja, se bem o ruído seja ruído, e como tal origina transformações no processo biopsíquico, não é irrelevante perguntar por que se produz e porque

¹¹ Esse método remete ao empregado por Marx, em *O Capital*, na análise do modo de produção capitalista, entendido como uma totalidade complexa, síntese de múltiplas determinações categoriais (sendo as categorias expressões de relações sociais complexas, propriedades essenciais do concreto). As categorias analisadas por Marx para que a totalidade concreta “capitalismo” seja compreendida são a mercadoria, o dinheiro, o capital e o salário.

¹² Laurell e Noriega (1989) referem-se ao taylorismo-fordismo e não ao toyotismo. Bernardo (2009) revela que, apesar das afirmações de que a empresa toyotista superou os problemas do modelo taylorista-fordista – devolvendo o controle do trabalho ao trabalhador a partir de sua inserção em “equipes de trabalho”, de seu desempenho estar associado à “participação”, à “autonomia” e à “competência” –, não é isso o que se verifica quando os próprios trabalhadores se põem a falar sobre seu trabalho. Na vivência dos trabalhadores que ela entrevistou, aparecem com maior frequência o sofrimento e a dor intimamente relacionados ao excesso de responsabilidades, à humilhação cotidiana e à imposição de ritmo de trabalho, responsáveis pelo adoecimento dos trabalhadores.

se mantém num determinado nível. Ao tentar responder a essas perguntas com relação a qualquer carga, aparecem invariavelmente dois fatos. Um é que surge como expressão particular da forma específica de produzir (das características da base técnica e dos objetos empregados, mas também da organização e divisão do trabalho). Outro é que a intensidade, e ainda a presença ou não das cargas não é alheia às relações de força entre capital e trabalho num centro de trabalho concreto e na sociedade. (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 113)

Ainda sobre essas cargas psíquicas presentes nos processos de trabalho, pode-se dizer que, segundo Laurell e Noriega (1989), dividem-se em dois tipos: a sobrecarga psíquica, decorrente de situações de tensão prolongada (exemplos: atenção permanente, supervisão com pressão, consciência da periculosidade do trabalho, altos ritmos de trabalho); a subcarga psíquica, relacionada a situações em que o trabalhador é impossibilitado de fazer uso de suas capacidades psíquicas no trabalho (exemplos: perda do controle sobre o trabalho ao estar o trabalhador subordinado ao movimento da máquina; desqualificação do trabalho, resultado da separação entre concepção e execução; a parcelização do trabalho, que redundava em monotonia e repetitividade).

Lacaz (2007) sintetiza as principais características da Medicina Social Latino-Americana:

A Medicina Social Latino-Americana apreende-o [o trabalho] através do *processo de trabalho*, categoria explicativa que se inscreve nas relações sociais de produção estabelecidas entre *capital e trabalho*. E, conforme a acepção marxista, aqui o trabalho é, ontologicamente, a ação do homem sobre a natureza para modificá-la e transformá-la e a si mesmo, não sendo, portanto, externa ao homem. Tal ação vai ocorrer sobre o *objeto de trabalho*, mediante os *instrumentos de trabalho*, configurando o próprio *trabalho* e suas diferentes formas de organização, divisão, valorização, características de cada formação social e modo de produção, o que imprime um caráter histórico ao estudo das relações trabalho-saúde e, conseqüentemente, do adoecimento pelo trabalho. Importa, então, desvendar a nocividade do processo de trabalho sob o capitalismo e suas implicações: alienação; sobrecarga e/ou subcarga; pela interação dinâmica de “cargas” sobre os corpos que trabalham, conformando um nexo biopsíquico que expressa o desgaste impeditivo da fluência das potencialidades e da criatividade. (p. 759-760, grifos do autor)

c) O desgaste mental: afirmando a compreensão marxista da SMRT

Nessa perspectiva, os elementos presentes na organização e no ambiente do trabalho (divisão do trabalho, conteúdo das tarefas, ritmo de trabalho, relações de poder, condições ambientais, formas de avaliação e controle, hierarquias etc.) são entendidos como “fontes laborais de tensão”, que provocam o desgaste que se manifesta por diferentes configurações. Esse conceito, por sua abrangência, propicia o avanço dos estudos do campo SMRT e permite:

[...] instrumentar o necessário estudo da gênese da tensão que vai se tornar em sofrimento e sem que este sofrimento deixe de ser examinado em suas diferentes

configurações: fadiga, depressão, distúrbios psicossomáticos, síndromes neuróticas, reações psicóticas, alcoolismo etc. (SELIGMANN-SILVA, 1986, p. 66)

Muitos processos de desgaste orgânico determinados pelo trabalho são bem conhecidos, assim como a existência de danos decorrentes de processos de trabalho que atingem o substrato orgânico do psiquismo, como no caso de determinados acidentes de trabalho e de intoxicações que exercem efeitos destrutivos ou prejudiciais aos processos bioquímicos do sistema nervoso, ocasionando déficits intelectuais ou transtornos de ordem psicoafetiva (exposição a chumbo, mercúrio ou a outros metais pesados). Há também agentes biológicos e físicos capazes de agredir o sistema nervoso.

Mas o que se pode dizer quando não há acontecimento desse substrato orgânico? Seligmann-Silva (1994) coloca-se a seguinte questão:

Será possível reconhecer um desgaste das capacidades mentais-(cognitivas e psico-afetivas) determinado pelo trabalho, de forma independente da ocorrência de “desgaste” ou da destruição de estruturas do sistema nervoso central? (p. 78)

Para respondê-la, a autora emprega a noção de “perda” ou “expropriação” subjetivas vividas pelos trabalhadores em processos de trabalho nos quais eles devem comparecer como coisas sem subjetividade, ou seja, em contextos de intensa sujeição. Em suas palavras:

Temos, assim, uma outra vertente de análise, quando consideramos a forma pela qual a situação de trabalho dominado/explorado atua sobre a subjetividade, que modula relações e usos pessoais do tempo, do espaço, dos próprios gestos e pensamentos. Este seria o “trabalhador por inteiro”, que estaria exposto a ser *expropriado* de componentes importantes de sua subjetividade, no interior daquelas situações onde a sujeição é intensa [...]. (p. 79, grifo da autora)

Fortalecendo o argumento de que os agravos mentais decorrentes do trabalho podem ser explicados por meio da noção de desgaste mental, a autora, partindo do referencial teórico do materialismo histórico, resgata a definição de desgaste proposta por Laurell e Noriega (1989), que implica “perda de capacidade potencial e/ou efetiva, corporal e psíquica” e a afirmação desses mesmos autores, bem como de Doray (1981), sobre a utilização deformada e deformante das potencialidades psíquicas e do próprio corpo do trabalhador no trabalho alienado. Se há perda e deformação, ou seja, se há transformações negativas de um estado anterior mais satisfatório, pode-se entender o desgaste mental como processo constituído de “experiências que se constroem diacronicamente, ao longo das experiências de vida laboral e extralaboral dos indivíduos” (SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 80).

Seligmann-Silva (1986) também deixa claro o seu entendimento sobre a participação do trabalho na produção de transtornos mentais, considerando possíveis tanto o papel desencadeador, quanto o de produtor dos agravos. Em pesquisa que realizou com trabalhadores do setor siderúrgico nos anos 1980, verificou o seguinte:

A discussão referente ao tipo de ação – predisponente ou desencadeante – assumida pelas condições ambientais e organizacionais do trabalho, tem permanecido acesa, como já vimos. Para os trabalhadores do setor siderúrgico que haviam estado por longos anos expostos a condições de trabalho extremamente penosas, a análise de seus históricos de vida, trabalho e saúde conduziu-nos, muitas vezes, a perceber que o acúmulo dessas experiências se constitui em verdade um *processo preparatório e predisponente* à instalação das manifestações psicopatológicas. E que este processo gradualmente foi minando a vitalidade, as resistências da personalidade e, muitas vezes, também a esperança. Foi assim que concluímos, para os casos estudados, que pôde ser verificado que as condições laborais tanto tiveram ações predisponentes, como exerceram efeitos desencadeantes de quadros psicopatológicos diversos. E ainda, que a agudização das exigências laborais, em circunstâncias muitas vezes decorrentes da crise econômica, para pessoas já anteriormente em estado de fadiga crônica, representou clara ação desencadeante de crises mentais, que, em vários dos casos estudados, conduziu à hospitalização psiquiátrica. (p. 86, grifos da autora)

Entendemos que a definição do “desgaste mental” como “a presença de perda ou de transformações negativas na subjetividade, nas capacidades e faculdades humanas” traz uma aparente simplicidade, que potencializa a interlocução com os diversos profissionais envolvidos com SMRT. Os significados do verbete “desgaste” (HOUAISS, 2001) – “ação ou efeito de desgastar(-se); desgasto”, “alteração ou redução da forma, por fricção ou atrito; corrosão”, “consumição pelo tempo, pelo esforço; destruição, envelhecimento, ruína” ou ainda “redução da capacidade, do poder; abatimento, enfraquecimento” – convidam a pensá-lo como um *processo* no qual estão presentes pelo menos dois elementos, *o que é desgastado e o que produz o desgaste*, o que remete a interrogações sobre os elementos desse processo e as determinações do sofrimento mental.

Ao mesmo tempo em que é uma noção aparentemente simples, o conceito de desgaste guarda a complexidade na compreensão dos agravos à saúde mental relacionados ao trabalho, uma vez que permite superar os limites e os contornos dos diferentes objetos estudados a partir de diferentes leituras teórico-metodológicas. Além disso, é coerente com a perspectiva da Saúde do Trabalhador, trazendo uma visão ampliada do processo saúde-doença e a categoria “organização do trabalho” como norteadora da análise.

Os desafios dos profissionais de saúde

Entendemos que os desafios a serem enfrentados pelos profissionais de saúde são grandes e urgentes. Há que se compreender melhor, no dia a dia de trabalho das equipes dos Cerests (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador), do PSF (Programa de Saúde da

Família, Atenção Básica à Saúde), das UBSs (Unidades Básicas de Saúde), dos CAPSs (Centros de Atenção Psicossociais), dos consultórios particulares etc., a imbricação entre as questões de saúde e a vida dos usuários, vida essa que inclui sua trajetória pessoal, as questões familiares, educacionais, subjetivas e também aquelas relacionadas ao trabalho ou à ausência dele. Além de compreender, é preciso incluir essas dimensões na assistência e no trabalho preventivo, guardadas as devidas especificidades de programas e instituições.

É necessário enfrentar as falsas perguntas que surgem, muitas vezes, de modo automático, quando os profissionais se veem diante de alguém em situação de adoecimento, perguntas tais como: por que ele adoeceu e não outras pessoas? Por que ele não procurou outro trabalho? O que há de singular que explique o adoecimento? Ampliar essas questões é se perguntar: será que não há outras pessoas no mesmo trabalho ou categoria profissional que apresentam esse mesmo quadro? Seria possível desconsiderar os anos de dedicação e empenho a uma determinada atividade e procurar outro trabalho, ainda mais em tempos de desemprego? O que esse quadro me diz desse sujeito e de seu contexto maior de vida e trabalho? Como se produziu esse agravo no decorrer e no interior de sua vida? Enfim, é necessário que se possa partir do questionamento da ideia de que o indivíduo possa construir a si mesmo sozinho e que, desse modo solitário, também possa enfrentar e superar as dificuldades vividas.

O enfrentamento desses desafios é especialmente importante no contexto atual, em que passa a vigorar o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (BRASIL, 2006). Trata-se de lei que permite à previdência social conceder benefício acidentário ao trabalhador incapacitado para o trabalho que seja acometido por doença cujo risco de adquiri-la seja maior no ramo econômico ao qual pertence a empresa em que trabalha, ou seja, com base em critério epidemiológico. Também inverte o ônus da prova, instituindo que cabe ao empregador provar que os trabalhadores acometidos por agravos à saúde com alta prevalência no ramo econômico considerado não adoeceram por causa do trabalho, diferentemente da lógica anterior, em que o trabalhador é quem tinha que provar que seu problema estava relacionado ao trabalho que realizava. Além disso, o Fator Acidentário de Prevenção (FAP) permite taxar mais as empresas que mais acidentaram e adoeceram num determinado período de tempo, tendo como referência a alíquota do ramo econômico a que pertence.

Essa nova legislação, que representa uma conquista dos trabalhadores e estimula a prevenção, coloca em destaque o tema da construção do nexo entre SMRT e os desafios presentes nessa empreitada.¹³

¹³ Dentre os pesquisadores brasileiros empenhados nessa tarefa, destaca-se Lima (2002, 2003, 2005).

Contribuições de autoria

Os três autores contribuíram igualmente para a realização da revisão teórica apresentada e para a elaboração do manuscrito cuja versão final recebeu aprovação de todos.

Referências

- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.
- BERNARDO, M. H. *Trabalho duro, discurso flexível: uma análise das contradições do toyotismo a partir da vivência dos trabalhadores*. São Paulo: Expressão Popular, 2009.
- BRASIL. Lei Federal nº 11.430, de 26 de dezembro de 2006. Altera as Leis nºs 8.213, de 24 de julho de 1991, e 9.796, de 5 de maio de 1999, aumenta o valor dos benefícios da previdência social; e revoga a Medida Provisória nº 316, de 11 de agosto de 2006; dispositivos das Leis nºs 8.213, de 24 de julho de 1991, 8.444, de 20 de julho de 1992, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e a Lei nº 10.699, de 9 de julho de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/_ato2004-2006/2006/lei/11430.htm>. Acesso em: 08 abr. 2011.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 17, n. 68, p. 7-13, 1989.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986.
- DIAS, E. C. et al. (Org.). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Ministério da Saúde: Brasília, DF: 2001.
- DORAY, B. *Le taylorisme, une folie rationnelle?* Paris: Bordas, 1981.
- FARINA, A. S.; NEVES, T. F. S. Formas de lidar com o desemprego: possibilidades e limites de um projeto de atuação em psicologia social do trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 10, n. 1, p. 21-36, 2007.
- HALPERN, E. E.; FERREIRA, S. M. B.; SILVA FILHO, J. F. Os efeitos das situações de trabalho na construção do alcoolismo de pacientes militares da marinha do Brasil. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 11, n. 2, p. 273-286, 2008.
- HOUAISS, A. *Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa*. São Paulo: Objetiva, 2001.
- JACQUES, M. G. O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. *Psicologia e Sociedade*, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 112-119, 2007. Edição Especial.
- LACAZ, F. A. C. O campo da saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LIMA, A. B., OLIVEIRA, F. *Repercussões psicossociais da LER: grupos de qualidade de vida e ideologia da culpabilização*. In: CODO, W.; ALMEIDA, M. C. C. G. (Org.). *Lesões por esforços repetitivos diagnóstico, tratamento e prevenção: uma abordagem multidisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 136-159.
- LIMA, M. E. A. Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs.). *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 50-81.
- _____. A polêmica em torno do nexos causal entre distúrbio mental e trabalho. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 14, p. 82-91, 2003.
- _____. Transtornos mentais e trabalho: o problema do nexos causal. *Revista de Administração da FEAD-Minas*, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 73-80, 2005.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Suplemento.
- NEVES, M. Y. R.; SELIGMANN-SILVA, E.; ATHAYDE, M. Saúde mental e trabalho: um campo em construção. In: ARAÚJO, A. M. F. et al. (Orgs). *Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 19-49.
- NEVES, T. F. S. et al. Desemprego e ideologia: as explicações das causas do desemprego utilizadas por trabalhadores metalúrgicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-13, 1998.
- ODDONE, I. et al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- OLIVEIRA, O. A persistência da noção de ato inseguro e a construção da culpa: os discursos sobre os acidentes de trabalho em uma indústria metalúrgica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 19-27, 2007.
- PAPARELLI, R. *Desgaste mental do professor da rede pública de ensino: trabalho sem sentido sob a política de regularização de fluxo escolar*. 2009. 193f. Tese (Doutorado)-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

RAMALHO, C. C. et al. Viver na baía: dimensões psicossociais da saúde e do controle no trabalho de teleatendimento. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 19-39, 2008.

RAMAZZINI, B. *As doenças dos trabalhadores*. São Paulo: Fundacentro, 2000.

SAMPAIO, J. J. C.; MESSIAS, E. L. M. A epidemiologia em saúde mental e trabalho. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. G. (Org.). *Saúde mental & trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 143-171.

SATO, L. A representação social do trabalho penoso. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *O conhecimento no cotidiano:*

as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 188-211.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005.

SELIGMANN-SILVA, E. Crise econômica, trabalho e saúde mental. In: ANGERAMI, V. A. et al. (Orgs.). *Crise, trabalho e saúde mental no Brasil*. São Paulo: Traço, 1986. p. 54-132.

_____. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.

Interfaces LER/Saúde Mental: a experiência de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo

Vera Lúcia Salerno¹
Mirian Pedrollo Silvestre¹
Marcos Oliveira Sabino¹

Repetitive Strain Injury and Mental Health: an experience of a Worker's Health Reference Center in the state of São Paulo, Brazil.

¹ Médicos sanitaristas. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Campinas-SP, Brasil.

Contato:

Vera Lúcia Salerno
Cerest Campinas
Avenida Faria Lima, 680, Parque Itália,
Campinas – SP
CEP 13036-220.
E-mail:
vera-salerno@ig.com.br

Resumo

Este relato apresenta demandas que cada vez mais chegam aos Cerests desafiando as equipes multidisciplinares para o desenvolvimento de novas modalidades de abordagem diagnóstica e terapêutica. A experiência é de um Cerest do interior de São Paulo na última década. Construída a partir do relato de trabalhadores, visitas a locais de trabalho, discussão com representantes de empresas e atuação de equipe plurinstitucional de LER, ilustra situações de trabalho potencialmente adoecedoras, em especial do sistema musculoesquelético (LER/DORT). Trabalhadores de cinco empresas de quatro diferentes ramos relatam pressão para produção, sobrecarga física e competitividade, situações de humilhação ou constrangimento como forma de ajustá-los aos padrões da empresa, além da exposição pública e da “punição pelo adoecimento” dos acometidos pelos agravos que retornam ao trabalho. Verifica-se que há ainda grande deficiência no reconhecimento das situações em que o trabalho contribui para o adoecimento mental. Os profissionais da área da Saúde do Trabalhador devem estar especialmente atentos para identificar os casos de sofrimento mental nos portadores de LER/DORT e notificá-los. Recomenda-se que as informações geradas sejam reunidas, analisadas e divulgadas, de modo que possam ser instrumento para sensibilização dos profissionais de saúde em geral e gerar formas de intervenção mais eficazes à proteção à saúde dos trabalhadores.

Palavras-chave: LER/DORT; assédio moral; organização do trabalho; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

Abstract

This report presents some arriving demands at CEREST (Reference Center for Workers' Health) that have challenged its multidisciplinary team to develop new diagnostics and therapeutic approaches. The experience comes from a CEREST located in a inland city of the state of São Paulo, during the last decade, based on workers' reports, visits to work places, discussion with representatives of various sectors, as well as on the activity of the local Repetitive Strain Injury (RSI) pluri-institutional team. It illustrates work situations generating diseases and injuries in five companies, especially in the musculoskeletal system (RSI). Workers reported pressure to achieve production goals, physical overload and competition, humiliation and coercion as ways to fit them into company standards. Returning--to-work employees with RSI suffered public exposure and were “punished” for their illness. The report demonstrates that mental illness related to work is not adequately acknowledged yet. Professionals involved with Worker's Health must be especially alert to identify mental suffering in RSI carriers and notify it. The authors recommend that information should be gathered, analyzed and publicized to become a tool to create awareness among health professionals in general, and produce new and effective ways of intervention to protect workers' health.

Keywords: repetitive strain injuries; harassment; work organization; Occupational Health Center.

Recebido: 18/02/2010
Revisado: 20/04/2011
Aprovado: 28/04/2011

Introdução

O aparecimento de distúrbio mental e desordens neurovegetativas em trabalhadores submetidos ao processo de terceirização, à excessiva pressão no trabalho, ao prolongamento rotineiro das jornadas e sem qualquer adequação ergonômica tem sido bem discutido na literatura (BROUSSE et al., 2008; WANG, et al., 2008; ROMEO, 2007; MACEDO, 2007; CARLOTTO, PALAZZO, 2006; BRANT, DIAS, 2004; PALACIOS, DUARTE, CÂMARA, 2002). Há também relatos do aparecimento de transtornos físicos, inclusive mortes, gerados por estas transformações do mundo do trabalho (ALVES, 2009; MAGNAVITA, 2009; SUWAZONO, 2006; TOMEI, 2006; GLINA, 2001; SALERNO, 1998).

Nas ações realizadas pela equipe multidisciplinar do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas (Cerest), seja nos atendimentos individuais e grupais, seja nas fiscalizações em ambientes de trabalho, tem-se verificado este tipo de exploração em diversos ramos da atividade econômica.

As Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) constituem cerca de 85% dos diagnósticos feitos nos atendimentos ambulatoriais do Cerest desde 1993. Boa parte destes pacientes tem também queixas e manifestações de ordem psíquica, diagnosticadas ou não como entidades nosológicas específicas, que por sua vez retroalimentam a dor, que, agravada, pode levar à piora do quadro psíquico. Forma-se, deste modo, um círculo vicioso perverso de dor e sofrimento mental que interfere negativamente na vida familiar, profissional e social do trabalhador. Na experiência do Cerest, o sofrimento mental manifesta-se de formas diferentes em cada pessoa. Para fins de simplificação de termos, estas manifestações serão denominadas, de forma genérica e reducionista, de quadros de ansiedade e quadros depressivos. O que existe de homogêneo nestes quadros de adoecimento é que suas causas são encontradas na inter-relação que se estabelece entre a vivência da dor crônica, causada pelas LER/DORT, e a insegurança em relação ao papel profissional, o medo do desemprego, a perda do *status* social. É importante notar também o desamparo experimentado pelo trabalhador no contato com os Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMTs) e com a Previdência Social, estruturas destinadas, em princípio, a viabilizar direitos dos trabalhadores.

Este relato de experiência trata das relações entre sintomas mentais e LER/DORT encontradas nos atendimentos do Cerest, traduzidas pelos trabalhadores como “dor e humilhação”. Busca entender as formas de coerção que atingem os trabalhadores, na forma definida por Leymann (1990): a má gestão dos conflitos está relacionada à má organização do trabalho. E, por meio deste entendimento, busca identificar as formas de atuação das equipes de saúde do SUS junto aos trabalhadores e empregadores na garantia à saúde.

Metodologia

Foram estudadas cinco empresas, nas quais foram identificadas situações potencialmente adoecedoras, em especial do sistema musculoesquelético, incluindo esforços, realização de movimentos repetitivos em ciclos de trabalho curtos, posturas de trabalho viciosas e ritmo intenso de trabalho. A identificação de tais riscos ocorreu a partir de informações colhidas em atendimentos individuais a trabalhadores, atendimentos coletivos, vistorias aos locais de trabalho e discussões com representantes das empresas – prepostos, representantes jurídicos e/ou gerentes de recursos humanos.

Todas as abordagens descritas foram realizadas por equipe multidisciplinar do Cerest. As vistorias em ambientes de trabalho foram realizadas entre 1997 e 2009, sempre com a presença do sindicato de trabalhadores da categoria, seguindo rotina da Vigilância em Saúde no Cerest.

Considerou-se a pesquisa qualitativa como a mais indicada para o que se quer estudar neste relato de experiência, por permitir a compreensão de uma ampla gama de significados, particularmente nas situações em que relações, processos e fenômenos não podem ser adequadamente mostrados por meios numéricos ou estatísticos, ou seja, não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994).

Em duas das empresas estudadas foram realizadas atividades em grupos, descritas como enquetes coletivas por Rigotto (1994), nas quais os trabalhadores discutiram em ambiente protegido, ou seja, fora do local de trabalho, suas impressões do processo de trabalho e fizeram críticas ao que foi observado nas vistorias feitas pelos técnicos do Cerest. A análise do material foi feita buscando unir o conhecimento teórico ao que se viu e viveu na prática, levando em conta que os autores são parte do processo investigativo e que o conhecimento obtido por meio deste estudo mostra uma fração da realidade. O processo de análise foi semelhante ao proposto por Rockwell (1986), escolhendo no contexto aquilo que parece demonstrar de forma mais adequada o objetivo que se pretende alcançar. As hipóteses são criadas e recriadas a partir das interpretações que vão sendo feitas.

Resultados

Empresa 1

Lavanderia com 60 trabalhadores, maioria formada por mulheres casadas, moradoras nas imediações da empresa. Atende a hotéis, hospitais e restaurantes, de modo que tem movimento contínuo, que aumenta nos feriados e períodos de festas. Opera em dois turnos (das 6h às 14h e das 14h às 22h). Os empregados da empresa relataram, nos atendimentos individuais e nos grupos de tratamento feitos por equipe multidisci-

plinar, que quase diariamente os trabalhadores do primeiro turno estendiam a jornada por uma a duas horas extras, havendo intervalo de 20 a 30 minutos para almoço. Relataram também que os trabalhadores que entravam às 14h frequentemente permaneciam até a meia noite ou uma hora da manhã, horário no qual chegava a condução que os levava para casa. Esta era a única alternativa para sair da empresa depois das 22h, visto que o bairro onde fica a lavanderia é conhecido no município pelo tráfico de drogas e pela violência. Vinte por cento dos empregados da empresa tinham doenças reconhecidas pelo Cerest como LER/DORT, alguns notificados por Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e todos registrados no banco de dados dos atendimentos ambulatoriais realizados no Cerest, conhecido como SIAMAP 2K².

Todos os pacientes atendidos com diagnóstico de LER/DORT relataram situações – anteriores ao adoecimento e que persistiam até o momento das entrevistas – de cobrança por produtividade, ausência de rodízios, obrigação de fazer horas extras e de trabalhar nos domingos e feriados, havendo relato de advertência dada a uma trabalhadora que se recusou a fazer hora extra durante o Natal. Nas vistorias feitas pela equipe do Cerest foram verificadas condições ergonômicas inadequadas, com bancadas excessivamente altas, máquinas de lavar e secar antigas, calandras defeituosas, ferros de passar roupa pesados, manipulação de lençóis, toalhas e aventais volumosos e em grande quantidade, confirmando situações apontadas pelos trabalhadores durante os atendimentos no Cerest. Os relatos de pressão no trabalho não puderam ser constatados *in loco*, aparecendo somente nos atendimentos individuais e em grupo. No entanto, os relatos foram feitos de forma tão precisa, coerente e específica, que permitiram que fosse identificada a abordagem agressiva por parte da empresa por meio de constrangimentos impostos a trabalhadores de forma coletiva.

Existe, pelo que contam os trabalhadores, grande solidariedade entre eles no local de trabalho. As tarefas são divididas de forma genérica (separação de roupas, lavagem, dobra, calandra ou ferro de passar), mas um trabalhador ajuda o outro quando repara que há sobrecarga de tarefas. Isto é esperado por parte do encarregado e, ao mesmo tempo, explorado. Nos dias em que há sobrecarga de trabalho, o que é muito frequente, é mais rara a ajuda entre colegas. O trabalhador que não dá conta de sua tarefa e não ajuda o colega é chamado no escritório e repreendido por não colaborar. Daí, no próximo período em que houver sobrecarga, este trabalhador irá se esforçar para dar conta da sua tarefa e poder ajudar outro colega sobrecarregado. Caso tenha dificuldade em ajudar os colegas por repetidas vezes, começa a ser criticado em voz alta pelo encarregado, no espaço de trabalho, críticas que muitas vezes são repetidas por alguns colegas (em geral, novatos). O contro-

le, portanto, é exercido pelo encarregado, que utiliza os colegas de trabalho como instrumento de coerção. Um caso exemplar desta forma de discriminação é o de uma trabalhadora que teve diagnóstico de LER/DORT grave estabelecido em 2004, quando foi afastada do trabalho para tratamento, sem sinais de transtornos mentais. Após o terceiro retorno ao trabalho, sem qualquer processo de reabilitação, demonstrava sofrimento mental, que foi diagnosticado como depressão e síndrome do pânico pelo psiquiatra que passou a acompanhá-la na unidade de atenção primária à saúde. Esse agravamento clínico, bem com as recomendações da equipe do Cerest não a protegeram de uma advertência por escrito da empresa, motivada por não poder realizar horas extras.

Empresa 2

Empresa que centraliza atendimento telefônico para fornecer informações, receber queixas, vender produtos. Trata-se de empresa terceirizada que vende serviços para empresa de telecomunicações. Opera em regime de 24 horas e tem cerca de 1.200 empregados que trabalham em turnos fixos de quatro ou seis horas. Nos casos de turno de seis horas, estão previstos quinze minutos para lanche e uso de banheiro. Há dois locais para refeições: um no décimo andar e outro no subsolo, junto da garagem, cujos acessos são feitos por escada ou elevador. Nos horários de refeições, que coincidem com entrada e saída das turmas, há congestionamento nos elevadores, de modo que o percurso até os locais de refeições pode levar até dez minutos entre ida e volta. Cada operador tem um tempo médio de operação (TMO) que varia de acordo com a tarefa desempenhada: de vinte segundos (para informações sobre telefones) a quatro minutos (para vendas de produtos e recebimento de reclamações).

Há complexidade no trabalho, semelhante à descrita por Ferreira Jr. (1997) e Silva (2007), que inclui, ao mesmo tempo, operação de computador, telefone e contato rigidamente controlado com os usuários do serviço. Além disso, os empregados sabem que frequentemente têm seus atendimentos ouvidos por supervisores, que verificam a qualidade do atendimento, o seguimento da fraseologia, a efetividade na resolução das reclamações.

Nesta empresa não houve dificuldade para a fiscalização demonstrar a existência de pressões por produtividade e estímulo à competição. A forma como a empresa organiza a produção inclui a competição entre empregados e a cobrança de cada um perante os colegas, o que é estimulado por meio de listas que mostram os trabalhadores mais rápidos, que ganharão prêmios para sua equipe, e os trabalhadores mais lentos, responsáveis pela perda de pontos para a equipe à qual pertencem. Tais listas ficam afixadas nos corredores e são visíveis por qualquer pessoa, tendo sido inclusive fotografadas pela fiscalização do Cerest. Durante a fiscalização, constatou-se a existência de

² SIAMAP 2K: base de dados ambulatoriais em EPI-INFO/DOS, feita em 2000 e atualizada diariamente, disponível no Cerest Campinas.

um painel digital em cada sala que mostrava, a todo momento, o número de chamadas que estavam sendo feitas pelos usuários do serviço e não atendidas. Ao mesmo tempo indicava qual era o número máximo de chamadas não atendidas toleradas pela empresa contratante, número esse que, se ultrapassado, resultaria em quebra de contrato e demissão de todos os empregados da empresa de teleoperação.

Como agravantes, vale ressaltar dois aspectos. Um deles é que a empresa em nenhum momento aceitou o fato de ser responsável por oferecer risco à saúde dos seus empregados, e por este motivo sempre se recusou a introduzir pausas para descanso ou aumentar o TMO. Outro agravante se refere à participação do sindicato. A equipe do Cerest observou que em nenhum momento, apesar de insistentes convites, houve comparecimento dos diretores sindicais às reuniões feitas com os trabalhadores. Por outro lado, estes diretores compareceram a todas as reuniões feitas com prepostos, gerentes e advogados da empresa vistoriada, sempre em postura de defesa da empresa.

Constatou-se que, nas vistorias das quais o sindicato havia participado, não foram flagradas as situações relatadas pelos trabalhadores em consultório quanto à existência de práticas constrangedoras, tais como avisos e listas supramencionadas com nomes de trabalhadores. Isso mesmo apesar de as vistorias serem feitas, por princípio, sem prévio aviso às empresas. Entretanto, a partir da decisão da equipe técnica do Cerest de não avisar o sindicato da categoria com antecedência, deixando para avisá-los e convidá-los imediatamente antes da saída a campo, foram constatados avisos e cobranças por produção. Nos sucessivos atendimentos individuais com os trabalhadores, foi unânime a afirmação de que o sindicato não tinha postura atuante pró-trabalhador, nem era considerado confiável.

Informações obtidas a partir de levantamento de prontuários no Cerest mostram que entre 2000 e 2009 foram atendidos 65 trabalhadores da empresa, com confirmação de 59 casos de LER/DORT. Em 46 casos houve solicitação ou emissão de CAT. Nos outros 13 casos, as CATs não foram emitidas, fosse por falta de interesse por parte do paciente, ou porque havia sido demitido da empresa, e neste caso a CAT poderia dificultar a obtenção de outro emprego, ou por medo de que a CAT pudesse gerar represálias no trabalho, preocupação que posteriormente se revelou justificada.

No início do processo de intervenção, a empresa emitiu CAT conforme solicitado pelo Cerest. Com o aumento no número de diagnósticos, por orientação de seu próprio departamento jurídico, conforme consta de Inquérito Civil Público no Ministério Público do Trabalho, a empresa deixou de notificar os casos ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), mesmo quando o procedimento foi requisitado por meio de ação de Vigilância Sanitária. Dessa forma, vários dos casos diagnosticados no Cerest foram encaminhados pela empresa ao INSS com solicitação para concessão de auxílio doença

comum. Em alguns casos, o benefício previdenciário foi transformado em auxílio doença acidentário, mas vários deles não obtiveram o reconhecimento do nexo causal por parte da perícia do INSS.

Uma das hipóteses para o não reconhecimento do nexo causal por parte da perícia do INSS direciona-se para o fato das notificações terem sido feitas por CATs não emitidas pela empresa, pois alguns trabalhadores afirmaram que receberam essa informação verbalmente na Previdência Social. De fato, isso não condiz com a legislação previdenciária, mas em nossa demanda temos observado que doenças ocupacionais notificadas com CATs emitidas por empresas têm, via de regra, o nexo causal imediatamente reconhecido, o que ocorre com menor frequência com as CATs emitidas por sindicatos, serviços de saúde ou pelo próprio trabalhador.

A partir disso, novos relatos compatíveis com violência psicológica foram trazidos em atendimentos individuais, demonstrando o propósito da empresa em conter os casos notificados. Duas trabalhadoras com diagnóstico de LER/DORT pediram em consulta que seus casos não fossem notificados à empresa em função das perseguições ocorridas contra colegas que haviam se afastado. Uma trabalhadora foi demitida ao apresentar solicitação de CAT feita pelo Cerest.

Empresa 3

Empresa de eletroeletrônicos que empregava cerca de 700 pessoas, maioria mulheres, que trabalhavam com movimentos repetitivos e esforços principalmente de mãos e dedos. Entre 93 trabalhadores avaliados, foram diagnosticados, no Cerest, 51 casos de LER/DORT no período de 1991 até 2004, quando a empresa transferiu-se para outro estado. Os diagnósticos mais frequentes foram Síndrome do Túnel do Carpo e Tendinite de De Quervain. Os trabalhadores foram afastados do trabalho para tratamento e houve muita dificuldade na reabilitação profissional pelo fato de a empresa não concordar com os diagnósticos de doença ocupacional e declarar não ter interesse no retorno ao trabalho daquelas pessoas. As declarações por parte dos prepostos da empresa eram feitas diretamente de forma literal, verbal, aos profissionais das equipes de atendimento e às autoridades sanitárias que atuavam junto à empresa. O contato era feito por telefone ou pessoalmente (durante as vistorias e as discussões de casos individuais sobre restrições no trabalho) e algumas vezes escritas pelo diretor de Recursos Humanos, negando o adoecimento, a relação com o trabalho e manifestando desinteresse na manutenção de determinado trabalhador nos seus quadros de empregados. Tal situação levou vários trabalhadores a moverem processos trabalhistas contra a empresa, alguns dos quais ainda em curso. Houve exaustivas tentativas de readaptação feitas por equipe plurinstitucional, o Grupo Interinstitucional de LER (GIL), que incluía o Ministério Público do Trabalho, o Ministério do Trabalho e Emprego, a Perícia Médica do INSS, o Centro de Reabilitação Profissional do INSS, o Cerest, os sindicatos dos trabalhadores de algumas categorias e uma universidade

local, a Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Finalmente, a empresa fez um acordo com o GIL segundo o qual estes trabalhadores teriam como local de trabalho uma sala, separada do processo de produção, onde fariam atividades que a empresa determinaria periodicamente.

Assim, a partir de 1999, os trabalhadores acometidos por LER/DORT passaram a ser colocados em uma sala, onde cumpriam jornada de oito horas, sem atribuição de atividade fixa, mas com eventuais demandas por tarefas em “atividades compatíveis” com a capacidade física de cada um.

Em poucas semanas, as trabalhadoras “reabilitadas”, alocadas na tal sala, voltaram a procurar o Cerest em atendimentos individuais com relatos sistemáticos sobre as condições reais de trabalho a que estariam submetidas. Referiram que ficavam confinadas em sala fechada, com janela estreita localizada a dois metros de altura. Referiam que haviam recebido orientação dos gerentes da empresa de que deveriam permanecer sentadas em cadeiras em torno de uma mesa, estando proibidas de realizar quaisquer atividades que não fossem determinadas pela empresa, tais como ler, fazer trabalhos manuais, conversar, fazer alongamentos, sair da sala para andar ou mesmo limpar a sala que, segundo relatos, era bastante empoeirada. Somado a isso, havia muito pouca ou quase nenhuma atividade de trabalho demandada pela empresa, o que acabou resultando em confinamento durante toda a jornada de trabalho, sem possibilidade de realizar qualquer coisa útil, fosse para a empresa, fosse para elas próprias. Foi feita vistoria por equipe do Cerest e os relatos foram constatados. Foram feitas propostas para a empresa (pelo Cerest, pelo sindicato da categoria) no sentido de estabelecer tarefas adequadas às pacientes. Não houve acordo. A tal sala ficou conhecida entre as trabalhadoras como “salinha” e era entendida por elas como forma de pressão exercida pela empresa para que pedissem demissão, uma vez que tinham estabilidade no trabalho por força de acordo coletivo firmado com o sindicato.

Todos os trabalhadores confinados na “salinha” desenvolveram distúrbios psíquicos. Para 10 deles o Cerest emitiu CAT por estresse ocupacional, uma vez que ficaram caracterizadas reações ao estresse grave e transtornos de adaptação. Outros 20 trabalhadores que estiveram confinados na “salinha” tiveram diagnósticos de depressão de gravidade variável, que também foram relacionados ao trabalho, mas não quiseram que fossem emitidas as respectivas CAT. Manifestavam apenas o desejo de se verem livres da empresa.

A estratégia de constrangimento utilizada pela empresa teve impacto sobre os trabalhadores, pois, a partir de 1999, o Cerest atendeu a muitos outros trabalhadores com queixas de dor musculoesquelética que pediam sigilo sobre seu atendimento por medo de que os gerentes da empresa soubessem de sua ida ao serviço de saúde. Eles não aceitavam atestados para afastamento do trabalho nem queriam CAT. Vinham apenas em busca de algum remédio que os ajudasse a continuar trabalhando.

Empresas 4 e 5

Duas empresas privadas que terceirizam o serviço de merenda escolar para o município de Campinas:

O Programa Municipal de Alimentação Escolar de Campinas atende 407 escolas (municipais e estaduais), além de 39 entidades assistenciais conveniadas com a Prefeitura e 121 salas de aulas de educação de jovens e adultos, um total de 159.514 alunos. A merenda escolar é administrada pela Secretaria Municipal de Educação em parceria com a Ceasa-Campinas. (FERNANDES, 2010, p. 1)

Todo este trabalho é feito por pouco mais de 600 trabalhadores, sendo uma parcela mínima de funcionários da própria Prefeitura e a maioria de trabalhadores de duas empresas terceirizadas.

Desde meados de 2004, o Cerest tem recebido trabalhadores que atuam no preparo e na distribuição da merenda escolar, encaminhados pela rede básica de saúde por suspeita de doenças ocupacionais. Cerca de 50% dos casos atendidos tiveram diagnóstico de LER/DORT.

Os relatos dos pacientes foram de situações de sobrecarga de trabalho, instalações deficientes da cozinha nas escolas, violência em algumas escolas, particularmente atingindo a pessoa responsável pela distribuição de alimentos, a merendeira. Contaram que, de um lado, as pessoas que os pacientes chamam de “bandidos” exigem comida. De outro lado, existe a pressão de não poderem fornecer alimentação a quem não for aluno da escola. Os trabalhadores eram levados a crer, a partir de explicações feitas por seus empregadores, que estes problemas seriam exclusivos de cada um deles, gerados em função de seu comportamento, da firmeza com que tratassem alunos e não alunos. Relatavam que eram orientados pelo empregador a resolver sozinhos estes problemas ou a pedir demissão.

As fiscalizações realizadas pelo Cerest e os relatórios de vistorias feitos por setores de nutrição e fiscalização de alimentos evidenciaram presença de má organização do trabalho, instalações físicas pequenas, estreitas, algumas vezes com torneira escoando em ralos ao invés de pias ou tanques, de mobiliário antigo e malconservado, bancadas de trabalho muito altas ou muito baixas, painéis pesados, ausência de mecanização do trabalho, obrigando a que todo o trabalho de preparo dos alimentos fosse feito manualmente. Chão escorregadio, locais pequenos e apertados.

Constatou-se também demanda excessiva de refeições/merendas em relação ao número de trabalhadores alocados em cada escola, como, por exemplo, numa escola onde um merendeiro deveria preparar e servir refeições completas para adultos jovens a partir de cardápio predeterminado pelo setor de nutrição e arrumar a cozinha para uma demanda de 800 alunos em um único período do dia. Apesar de não termos encontrado qualquer estudo na literatura que faça referência a um número adequado de merendeiras por aluno, pudemos observar que o trabalho exigido para

que 800 refeições fossem preparadas e servidas até o horário do almoço excedia em muito a capacidade de uma única pessoa, dados a complexidade e o volume de tarefas. E mais, durante o processo de intervenção, constatamos que o critério para contratação da empresa terceirizada é puramente financeiro, realizado por pregão, de acordo com o Decreto Estadual nº 47.297 (SÃO PAULO, 2002), entre outros, não havendo qualquer alusão ao número de trabalhadores que deverá ser alocado em cada escola ou creche.

Após vistorias em oito cozinhas de escolas e creches, atendimentos realizados aos trabalhadores, discussões com a empresa terceirizada e com a tomadora de serviço, a equipe do Cerest constatou a ocorrência de sobrecarga constante das merendeiras, que trabalham sempre no limite máximo de suas possibilidades. No caso de ausência não prevista de um trabalhador e, pelo averiguado, algumas vezes ausência prevista com antecedência, como em caso de cirurgias eletivas ou licença maternidade, deveria ser enviada à escola uma merendeira “volante”. Segundo as empresas contratadas para terceirizar o serviço de merenda escolar, a indicação do “volante” é feita entre os empregados mais recentes ou os que retornam de afastamento para tratamento de saúde, seja por doença relacionada ao trabalho ou não. O esquema de substituição nem sempre funciona, de modo que se constatou em fiscalização um flagrante em que o previsto seria a presença de quatro merendeiras, mas na realidade havia apenas uma, pois as outras três estariam afastadas por doença, por licença maternidade e demissão recente. Na prática, a partir dos relatos de trabalhadoras, fica claro que “volante” é um posto não desejado e ser colocada como volante é uma forma de ser castigada.

Como é previsto por lei, ao ser feito um diagnóstico de doença do trabalho, é solicitado ao empregador que emita CAT. O principal objetivo da emissão de CAT, além de garantir os direitos previdenciários dos trabalhadores, é permitir que sejam desenvolvidas ações de identificação de risco e promover ações de proteção à saúde. Nos primeiros casos de LER/DORT identificados, as empresas cumpriram com sua obrigação. Quando a demanda das merendeiras começou a tomar vulto, em 2004, as empresas passaram a negar a emissão de CAT. Diante da negativa sistemática na emissão das CATs e do aumento no número de trabalhadores da merenda escolar atendidos pelo SUS com diagnóstico de doença ocupacional, foi tomada a iniciativa de se promover reuniões com os dois principais empregadores destes trabalhadores. Estas reuniões foram feitas conjuntamente pelo Cerest, pelo órgão regional do Ministério do Trabalho e Emprego, a Gerência Regional de Campinas e por representantes da Prefeitura, na qualidade de contratante. Uma das informações que se destacou nestas reuniões foi que o contrato entre o município e as empresas terceirizadas é feito por pregão, que privilegia a empresa que oferecer o produto solicitado pelo menor preço, sem levar em conta que o “objeto” de compra é o serviço humano. Os critérios do tipo e do número de refeições servidas por escola não é levado em conta no

pregão. Tanto as contratadas, quanto os contratantes (os gerentes do Programa Municipal de Merenda Escolar) não souberam explicitar o critério de decisão do número de trabalhadores a ser contratado, nem o número previsto de merendeiras em relação ao número de alunos ou qualquer outro critério.

A partir da negativa das empresas em cumprir com sua obrigação, as CATs passaram a ser emitidas pelas autoridades sanitárias do SUS e foi instaurado processo administrativo contra as empresas. No entanto, estas CATs foram sistematicamente desconsideradas pela perícia médica do INSS, da mesma forma exposta na Empresa 2. Houve também cessação de benefício de forma indevida, antes do quadro de LER/DORT estar estabilizado, e ausência de encaminhamentos para reabilitação profissional.

Desta forma, os trabalhadores passaram a ter prejuízo também na esfera trabalhista e previdenciária, uma vez que, não tendo o reconhecimento legal da doença relacionada ao trabalho, deixaram de ter estabilidade de um ano no trabalho a partir da cessação do benefício. Por isso, no retorno ao trabalho após afastamento por doença, prestaram-se a qualquer tipo de tarefa pelo medo da demissão.

A alternativa ainda hoje oferecida aos trabalhadores quando retornam após afastamento para tratamento de doença, inclusive LER/DORT, é atuar como “volantes”, como já comentado. Isto significa que eles ficam à disposição da empresa para serem enviados cada dia à escola que precisar de reposição de merendeira. Não têm, portanto, local de trabalho fixo, podendo ser enviados para escolas com maior ou menor demanda de trabalho, sem que tenham qualquer controle sobre isso. A localização das escolas para as quais são enviados independe do seu local de moradia.

Estas situações contribuem para piorar o quadro de doença osteomuscular. Com frequência geram também sofrimento mental, expressos pelos pacientes como insegurança pela dor crônica, pelo não reconhecimento de sua situação, pelo medo da demissão e pela dificuldade em cumprir com as tarefas demandadas pela empresa. Esta dificuldade no desempenho de tarefas gera lentidão e piora a qualidade final do trabalho. É mal vista por colegas, pela direção das escolas e, obviamente, pela empresa contratante. A maioria dos trabalhadores da merenda escolar atendidos manifesta tristeza por não poder mais oferecer alimentos “bons” às crianças e aos alunos. Sentem-se desqualificados em sua competência profissional, gerando maior sofrimento. O esquema de trabalho como volante traz ainda mais insegurança. O trabalhador encontra um colega diferente a cada dia de trabalho, e, sem o convívio diário, vive a incerteza de encontrar apoio neste colega. Pela mesma razão, é prejudicado o estabelecimento de relações solidárias entre os próprios trabalhadores.

Foram revisados 27 prontuários de trabalhadores/merendeiras contratados pelas empresas terceirizadas, atendidos no Cerest entre 2002 e 2009. Em 15 ca-

tos (55,5%) foi confirmado diagnóstico de LER/DORT, sendo que em 6 deles houve queixas relacionadas à saúde mental, tais como ansiedade e depressão.

Discussão

Na primeira empresa, ressaltam-se o componente da sobrecarga física importante e a solidariedade entre as trabalhadoras, nos “velhos moldes”. Na segunda situação, o ritmo, a produtividade, a competitividade, a exposição pública humilhante e a violência psicológica. Na terceira situação, as dificuldades de reabilitação profissional em uma empresa eletroeletrônica e a existência de exposição pública por meio da “salinha”. Na quarta situação, o agravamento pelo fato da terceirização e a “punição” pelo adoecimento – “volantes”.

As descrições acima de relação entre sintomas mentais e LER/DORT encontradas nos atendimentos do Cerest, formando um círculo vicioso perverso, traduzidas pelos trabalhadores como “dor e humilhação”, estão descritas na literatura especializada. Scopel (2005) avaliou as dificuldades no retorno ao trabalho de metalúrgicos afastados por LER/DORT e concluiu que o contexto encontrado está de acordo com as descrições da literatura: há um papel importante na valorização positiva do ato de trabalhar e na busca de atendimento precoce, de modo a evitar afastamento do trabalho e punições que possam decorrer conseqüentemente.

Um estudo publicado pela Organização Mundial da Saúde (2003) identificou os seguintes fatores como *facilitadores* para retorno ao trabalho: a troca de função, o controle do trabalho pelo trabalhador e o apoio dos colegas e supervisores. O mesmo estudo apontou, entre os *fatores dificultadores*, a alta prematura (correspondente, entre nós, à cessação de benefício do INSS), o retorno na mesma função, a ausência de programas de retorno, a dificuldade no relacionamento com supervisores e colegas, as dificuldades para impor limites às tarefas, o medo de demissão, os sentimentos de impotência e a insegurança quanto ao futuro. O estudo constatou ainda que os trabalhadores preferem se manter no trabalho.

Numa investigação das relações entre o conteúdo do trabalho e a ocorrência de distúrbios psíquicos menores (DPM³), Reis et al. (2005) encontraram associação positiva com demanda psicológica e associação negativa com controle sobre o trabalho, constatando que quanto maior foi a exigência de atenção no trabalho e a autocobrança para não errar (alta demanda – baixo controle), tanto maior foi o número de ocorrências de DPM. Por outro lado, quanto maior foi o controle dos trabalhadores sobre as atividades e as tarefas, menor foi o número de doenças encontrado. Essa investigação corresponde ao clássico modelo demanda/controle

de estresse – modelo que foi desenvolvido por Karasek (1985) no final dos anos 1970.

Ao fazer o levantamento dos prontuários de pacientes atendidos no Cerest para este relato, constatou-se que, embora estejam anotados relatos de experiência de pacientes sobre serem pressionados e até assediados no trabalho, não havia, na maioria dos casos, o diagnóstico específico de transtorno mental. Nas anotações de prontuário, há queixas de tristeza, crises de choro, medo de retornar ao trabalho, insegurança em relação ao trabalho, insegurança e conflitos na relação familiar desencadeados a partir da incapacidade para o trabalho. Há prescrição de medicamentos antidepressivos, encaminhamentos para psicoterapia individual e atividades em grupo que incluem discussões sobre processo de trabalho e sessões de relaxamento. Porém, as palavras Depressão, ou Ansiedade, ou outra que indique algum grau de sofrimento mental diagnosticado ou em investigação, não aparecem entre os diagnósticos. As razões desta negação de diagnóstico não são objeto deste estudo.

Na Empresa 1, o principal aspecto é a sobrecarga de trabalho sem avaliação individual, o que permite solidariedade e coleguismo. O fato de haver “apenas” um registro de diagnóstico de depressão pode estar relacionado à explicação acima. Observou-se nesta empresa uma grande coesão entre as trabalhadoras, que se conhecem do bairro, da escola dos filhos, muitas são vizinhas. Pelos relatos colhidos no Cerest e pelo que foi observado nas vistorias, os trabalhadores da empresa, na maioria mulheres, não têm comportamento competitivo e colaboram entre si na execução das tarefas. As pacientes chamam-se umas às outras de “meninas” e não há relato de discriminação entre as enfermas e as (ainda) saudáveis. Isto poderia estar servindo de apoio para minimizar o sofrimento causado pela excessiva pressão por produção. O INSS reluta em fazer uma real readaptação profissional – conforme previsto no Regime Geral da Previdência, Lei Federal nº 8.213 (BRASIL, 1991) – destas trabalhadoras, que acabam voltando a trabalhar na mesma função e da mesma forma que trabalhavam quando adoeceram.

Na Empresa 2 nota-se que a forma de organização do trabalho se pauta pela cobrança exagerada e pelo estímulo à competição entre trabalhadores. Esta observação está de acordo com Tomei (2006), que sugere relação entre LER e ansiedade em teleoperadores, que parece estar relacionada à organização do trabalho. Apesar disso, houve relativamente poucos casos graves de transtorno mental relacionado ao trabalho. Uma das possibilidades levantadas é que, neste caso, há pouca expectativa dos trabalhadores em relação ao seu trabalho, que na maioria das vezes é desempenhado por estudantes que têm objetivo de trabalhar em outro ramo e usam o trabalho apenas como forma de custear os estudos; ou donas de casa cujos filhos cresceram e

³ Distúrbios Psíquicos Menores são distúrbios não psicóticos, como depressão, ansiedade, somatização.

aproveitam uma parte do dia para melhorar o orçamento familiar⁴. Dessa forma, constituem um grupo de trabalhadores que, pelas características do trabalho e por haver outras possibilidades de inserção social e profissional, têm a possibilidade de se desligar do emprego antes que adoçam de formas mais graves. Por outro lado, uma parte destes trabalhadores é chefe de família e conta com os adicionais de salário (prêmios por produtividade) para fechar as despesas mensais. Estes são os que mais sofrem pela necessidade de cumprirem metas inatingíveis.

Recentemente, uma onda de suicídios entre teleoperadores preocupou o governo da França. Mais de 20 funcionários da France Telecom suicidaram-se em 2008 e 2009, e alguns deles deixaram cartas afirmando que o suicídio foi motivado pelas difíceis condições de trabalho: cobranças excessivas, “terrorismo” nas supervisões, pressões inaceitáveis para produção e vendas de produtos (SIMONS, 2009). Sugere-se que o que foi descrito no Caso 2 seja considerado evento sentinela (CORRÊA FILHO, 1994).

O caso da Empresa 3 termina em 2004. Poucas pacientes continuaram a ser acompanhadas pelo Cerest, tendo em vista o fato de que, a partir de 2005, foi iniciada descentralização dos atendimentos aos portadores de LER/DORT na rede pública de Campinas. Este processo teve sua primeira etapa concluída em 2007 e coincidiu com o desestímulo gerado pela mudança da empresa para outro estado brasileiro.

O assédio moral ao qual as trabalhadoras da “sacolinha” foram submetidas ainda não estava, na época, tipificado nas leis brasileiras. O que se pode fazer foi notificar as doenças que resultaram da humilhação e do constrangimento, dar apoio às trabalhadoras por meio de grupos de discussão e interagir com o sindicato da categoria cujos diretores estavam atentos às questões de saúde do trabalhador.

Nas Empresas 4 e 5 se observam quase todos os problemas destacados no início deste relato de experiência, quais sejam, terceirização, precarização⁵, sobrecarga de trabalho, ausência de controle sobre a demanda de trabalho e medo.

As queixas relacionadas à saúde mental e as sugestões de violência psicológica e inclusive de assédio moral têm para os autores deste relato de experiência um sentido particular vindo de merendeiras, porque elas têm um ofício, gostam e se orgulham do que fazem. Servir comida mal preparada, saber que o resultado do seu trabalho não será devidamente apreciado pelos alunos causa nas merendeiras uma dor psíquica maior relacionada ao significado do seu trabalho. São mulheres pobres, na maioria, cuja renda é importante

para a economia familiar. Ainda assim algumas delas pedem demissão, mesmo sabendo que terão dificuldade em encontrar outro emprego, na tentativa de ficarem livres do sofrimento causado pelo trabalho cujo sentido percebem como tendo sido degradado. Do ponto de vista da Previdência, a não aceitação das CATs emitidas pelo Cerest ou pelos sindicatos é motivo de grande preocupação. Os médicos peritos do INSS na região do Cerest Campinas sistematicamente recusam CATs que não tenham sido emitidas por empresa, inclusive as emitidas por autoridades sanitárias do Cerest. A concessão de benefícios como auxílio doença acidentário ocorre por força da inserção nas regras do Nexo Técnico Epidemiológico (BRASIL, 2007). A transformação destes benefícios em previdenciários (por doença comum e não do trabalho) acontece sem que haja notificação ou explicação ao segurado.

Verthein (2001), estudando as relações entre médicos peritos do INSS, profissionais da saúde, segurados e sindicatos de trabalhadores, alerta para as relações de poder e construções do saber que legitimam algumas falsas verdades que foram disseminadas por meio de normas e regulamentos caracterizando certa “homogeneidade na recusa” dos médicos peritos (do nexo entre doença e trabalho). O não reconhecimento pelo INSS de doenças comprovadamente relacionadas ao trabalho, como é frequente nas LER/DORT, gera no trabalhador dúvidas quanto à realidade da sua doença, às formas de adoecer e aos riscos do trabalho. Esse contexto propicia o desenvolvimento de sensação de culpa no adoecido e não é incomum encontrarmos trabalhadores que passaram a crer que seu adoecimento teria sido gerado por formas inseguras de trabalhar que ele teria adotado por sua própria falta, assumindo para si a responsabilidade das consequências. Em outros casos, indivíduos duvidavam da própria doença e questionavam a si próprias, se, de fato, não estariam esperando regalias da previdência social às quais não teriam direito.

Se a negativa do INSS ocorre em situações em que o trabalhador sofreu pressões dissimuladas ou assédio moral no trabalho, o fato de sua doença osteomuscular não ter reconhecida origem ocupacional dificulta e, muitas vezes, impede a compreensão do trabalhador acerca do seu processo de adoecimento, acarretando dificuldades na aceitação do tratamento e das limitações que deverá enfrentar no trabalho e nas atividades da vida diária. Dessa forma, os avanços que poderiam ser obtidos através das reflexões nos grupos terapêuticos dão lugar à confusão e a um certo “atordoamento”, que abrem caminho para que o indivíduo tome resoluções que vão contra a sua própria saúde, como, por exemplo, a aceitação de tarefas contraindicadas pela equipe de saúde que participa de seu tratamento. O paciente piora

⁴ Em 2002 foi aplicado pelo Cerest questionário a todos os trabalhadores da empresa, que incluiu dados demográficos, informações sobre escolaridade, profissões anteriores, expectativas em relação à atividade atual. Os dados colhidos e analisados estão no Cerest Campinas.

⁵ A precarização neste caso fica definida pelas condições de trabalho, observadas e descritas anteriormente, de instalações físicas pequenas, mobiliário antigo e malconservado, bancadas de trabalho inadequadas, painéis pesados, ausência de mecanização do trabalho.

da dor e entra no círculo vicioso perverso descrito no início deste relato.

Supõe-se que, quanto mais o paciente/segurado esteja submetido a este tipo de situação, tanto menor vai se tornando sua capacidade de enfrentamento da situação e recuperação, o que certamente não contribui com a adequada reabilitação profissional e a reinserção no mercado de trabalho.

Conclusões

Os quatro casos relatados são apenas exemplificativos de demandas que cada vez mais chegam aos Cerests, desafiando as equipes multidisciplinares para o desenvolvimento de novas modalidades de abordagem diagnóstica e terapêutica. Se nas décadas de 80 e 90 do século passado as LER/DORT apresentavam-se como desafio em função da chamada “invisibilidade da doença”, estamos neste momento diante de situações ainda mais difíceis de objetivar. Isto é, situações de trabalho das quais emergem formas diversas de violência psicológica, incluindo o assédio moral e as expressões clínicas de sofrimento mental relacionado ao trabalho que, como vimos nos exemplos acima, muitas vezes surgem como desdobramentos da ocorrência das próprias LER/DORT. Esta “imaterialidade” não minimiza em nada o drama de quem vive a experiência do adoecimento mental nem a dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecê-lo e tratá-lo. Na percepção dos autores, mesmo dentro de uma equipe de saúde do trabalhador experiente, há ainda grande deficiência no reconhecimento das situações em que o trabalho contribui para o adoecimento mental. Seja por essa dificuldade, seja por pragmatismo nos encaminhamentos, os sintomas mentais psíquicos são pouco valorizados nas entrevistas, permanecendo o sofrimento mental subentendido e não adequadamente tratado, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo.

No Cerest Campinas temos utilizado a abordagem individual e grupal para os trabalhadores que têm diagnóstico de LER/DORT, dando possibilidade aos trabalhadores para identificar as pressões e a violência psicológica no trabalho, inclusive quando este consubstancia assédio moral, com objetivo de fortalecer o trabalhador e estimulá-lo a fazer valer seus direitos de cidadão.

As atividades em grupo para pacientes com LER/DORT têm caráter terapêutico e educativo. São feitas nos serviços públicos de saúde por equipes multiprofissionais e têm tido resultados muito bons no que diz respeito ao estímulo à reflexão do processo de adoeci-

mento, à discussão sobre as dúvidas e as dificuldades enfrentadas no estabelecimento do diagnóstico e do tratamento. Desta forma, permitem a apropriação da doença pelo trabalhador/paciente, favorecendo o estabelecimento dos limites no trabalho e nas atividades da vida diária e a consciência de cidadão.

Acredita-se que pertencer a estes grupos fortalece, nos trabalhadores, as ideias de participação, equipe, solidariedade, importantes para ajudá-los a suportar as condições de trabalho descritas.

A melhoria das condições objetivas de trabalho, como mobiliário, instrumentos de trabalho, restrição de horas extras, em geral é obtida por meio das ações de fiscalização e ações administrativas feitas pelo Cerest e que não são objeto deste relato. É mais difícil, no entanto, conseguir a mudança de comportamento da empresa que utiliza a pressão por produção, que muitas vezes chega a assediar alguns trabalhadores, por se tratar de situação mais sutil cuja demonstração objetiva do ponto de vista legal e administrativo nem sempre é conseguida (SOBOLL, 2008). No entanto, há notícias alvissareiras quanto à proteção aos trabalhadores; por exemplo, em uma recente decisão de processo judicial sobre dano moral, a juíza relatora conclui que a omissão da empresa, que permitiu que sua empregada trabalhasse em local inadequado e a demitiu quando esta adoeceu, caracteriza má-fé por parte do empregador (BRASIL, 2003). Sugere-se que todos os casos em que o sofrimento mental seja identificado por qualquer profissional de saúde, de serviço público (SUS) ou privado, caracterizando transtorno psíquico em portadores de LER/DORT, sejam notificados. Qualquer membro de equipe de saúde, seja pública ou privada, está habilitado a suspeitar e encaminhar o caso para diagnóstico. A notificação por CAT deverá ser feita na suspeita, cuja investigação resultará em confirmação ou mudança de espécie de benefício. No SUS existe documento específico (BRASIL, 2011) que deverá ser preenchido na confirmação do caso.

Para tanto, é necessário que ocorram sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, em consonância com médicos peritos e equipes de reabilitação profissional do INSS. É urgente que estes profissionais façam o reconhecimento e tomem medidas para o adequado tratamento dos agravos à saúde mental em trabalhadores com diagnóstico de LER/DORT. Isto inclui a necessidade de que esta dimensão também seja considerada na decisão quanto ao momento de retorno ao trabalho e na indicação e programação da reabilitação profissional.

Contribuições de autoria

Salerno, V.: contribuiu substancialmente no projeto e no delineamento, no levantamento de dados e em sua análise e interpretação. Silvestre, M.: colaborou na elaboração e na revisão crítica do manuscrito. Sabino, M.: colaborou na elaboração e na revisão crítica do manuscrito e na aprovação final da versão publicada.

Referências

- ALVES, M. G. M. et al. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 893-896, 2009.
- BRANT, L. C.; DIAS, E. C. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 942-949, jul.-ago. 2004.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. Decreto nº 6.042 de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 fev. 2007.
- _____. Ministério da Previdência Social. Lei Federal nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 ago. 1991.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Atualiza a relação de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória, define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.saude.rn.gov.br/content/aplicacao/sesap_cerest/legislacao/gerados/portaria%20n%202472.pdf>. Acesso em: 3 maio 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_104_26_2011_dnc.pdf>. Acesso em: 28 maio 2011.
- _____. Poder Judiciário. Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região. Quarta Câmara (Segunda Turma). Acórdão do julgamento do Recurso Ordinário do Processo 0151800-79.1997.5.15.0053 RO publicado em 05/09/2003. Disponível em: <http://consulta.trt15.jus.br/consulta/owa/pDecisao.wAcor dao?pTipoConsulta=PROCESSO&n_idv=493444>. Acesso em: 28 abr. 2011.
- BROUSSE, G. et al. Psychopathological features of a patient population of targets of workplace bullying. *Occupational Medicine*, Oxford, v. 58, n. 2, p. 122-128, 2008.
- CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. S. Síndrome de *burnout* e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1017-1026, 2006.
- CORRÊA FILHO, H. R. Outra contribuição da epidemiologia. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Org.) *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994. Cap. 12, p. 187-214.
- FERNANDES, E. Cozinheiras do Programa de alimentação escolar fazem curso. Prefeitura Municipal de Campinas. *Notícias*, 26 jan. 2010. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/noticias-integra.php?id=503>>. Acesso em: 18 fev. 2010.
- FERREIRA JR., M. *Relação dos fatores de risco ligados ao trabalho interativo usando computador e telefone com a etiopatogenia dos distúrbios osteomusculares de região cervical, ombros e membros superiores*. 1997. 109 f. Tese (Doutorado em Patologia)–Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- GLINA, D. M. R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na Prática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 607-16, maio/jun., 2001.
- KARASEK, R. *Job Content Questionnaire user's guide*. Lowell: University of Massachusetts, 1985.
- KUORINKA, I.; FORCIER, L. (Ed.) *Work-related musculoskeletal disorders (WMSDs): a reference book for prevention*. Great Britain: Taylor & Francis, 1995.
- LEYMANN, H. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*, v. 5, n. 2, p. 119-126, 1990.
- MACEDO, L. E. T. et al. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2327-2336, 2007.
- MAGNAVITA, N. Strain, disturbi d'ansia, depressione e disturbi muscoloscheletrici nelle attività di assistenza sociale. *Giornale Italiano di Medicina Del Lavoro ed Ergonomia*, Roma, v. 31, n. 1, p. 24-29, 2009.
- MINAYO, M. C. S. 3. ed. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1994.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CIF Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde para a família de

- classificações internacionais. Coordenação da tradução: Cássia Maria Buchalla. São Paulo: Edusp, 2003.
- PALACIOS, M.; DUARTE, F.; CÂMARA, V. M. Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 843-851, 2002.
- REIS, E. J. F. B. et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, 2005.
- RIGOTTO, R. M. Investigando a relação saúde e trabalho. In: BUSCHINELLI, J. T.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. *Isto é trabalho de gente?* Petrópolis: Vozes, 1994. p. 159-177.
- ROCKWELL, E. Etnografia e a teoria da pesquisa educacional. In: EZPELETA, J.; ROCKWELL, E. *Pesquisa participante*. São Paulo: Cortez, 1986. p. 31-54.
- ROMEO, L. et al. Follow up of person-related bullying and work-related bullying: evaluation of effectiveness of interventions. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, Italy, v. 29, n. 3, suppl., p. 696-698, jul./set. 2007.
- SALERNO, V. L. *Considerações sobre a terceirização e as possíveis implicações nos riscos de acidentes de trabalho fatais*. 1998. 95 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- SÃO PAULO (Estado). Governo Estadual. *Lei Estadual n° 10.083*, de 23 de setembro de 1998. Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, SP, 24 set. 1998, Seção I.
- _____. Governo Estadual. Secretaria de Estado do Governo e Gestão Estratégica. Decreto n° 47.297, de 6 de novembro de 2002. Dispõe sobre o pregão, a que se refere a Lei federal n° 10.520, de 17 de julho de 2002, e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, SP, 7 nov. 2002. v. 112, n. 213. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2002/decreto.47.297,%20de%2006.11.2002.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2011.
- SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005.
- SCOPEL, M. J. *Retorno ao trabalho*: trajetória e trabalhadores metalúrgicos portadores de LER/DORT. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional)-Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2005.
- SILVA, A. M. Condições de trabalho e adoecimento dos trabalhadores em teleatendimento: uma breve revisão. *InterfaceHS*, São Paulo, v. 1, n. 3, artigo 7, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.interfacehs.sp.senac.br>>. Acesso em: 10 abr. 2009.
- SIMONS, S. Governo francês interfere para conter onda de suicídios na France Telecom. *Spiegel On-Line International*, 17 de setembro de 2009. Disponível em: <<http://www.spiegel.de/international/world/0,1518,649715,00.html>>. Acesso em: 17 fev. 2010.
- SOBOLL, L. A. P. *Assédio moral-organizacional*: uma análise da organização do trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.
- SUWAZONO, Y. et al. Benchmark dose of working hours in relation to subjective fatigue symptoms in Japanese male workers. *Annals of Epidemiology*, v. 16, n. 9, p. 726-732, 2006.
- TOMEI, G. et al. Anxiety, musculoskeletal and visual disorders in video display terminal workers. *Minerva Medica*, Italy, v. 97, n. 6, p. 459-466, 2006.
- VERTHEIN, M. A. R. *Jogos de poder instituindo saber sobre as Lesões por Esforços Repetitivos*: as redes discursivas da recusa do nexo. 2001. 164 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.
- WANG, J. L. et al. The relationship between work stress and mental disorders in men and women: findings from a population – based study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Canada, v. 62, n. 1, p. 42-47, 2008.

Grupos de enfrentamento do desgaste mental no trabalho bancário: discutindo saúde mental do trabalhador no sindicato

Renata Paparelli¹

Bank workers with mental strain: discussing mental health in a workers' union

¹ Professora assistente mestre do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, Brasil.

Contato:

Renata Paparelli

Endereço: Rua Monte Alegre, 984, sala T-52 – Perdizes, São Paulo-SP

E-mail:

rpaparel@uol.com.br

Resumo

Este relato de experiência apresenta uma proposta desenvolvida por uma parceria entre o Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e o Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e Região, desde 2008, no campo da saúde mental relacionada ao trabalho. Esta ação que tem se revelado promissora tanto para os trabalhadores diretamente envolvidos, quanto para o sindicato: os grupos de enfrentamento do desgaste mental no trabalho bancário. Os grupos têm como objetivos principais: desenvolver atividade de acolhimento das pessoas com desgaste mental que procuram o sindicato; compreender o processo de adoecimento no interior das trajetórias de vida e trabalho dos participantes, considerando o momento atual de reestruturação produtiva no setor bancário; contribuir com a construção de ações individuais e coletivas de enfrentamento. O resultado da experiência evidencia a potencialidade de um trabalho como esse quanto à possibilidade de compreensão do processo de adoecimento, bem como quanto à identificação de fatores de desgaste mental na categoria bancária. Além disso, os demais objetivos foram alcançados, intensificando a presença da discussão sobre saúde mental e trabalho no cotidiano do sindicato.

Palavras-chave: saúde mental e trabalho; grupos de trabalhadores; desgaste mental; sindicatos.

Abstract

This report presents the experience developed by the Course of Psychology of the Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) in a partnership with the Union of Bank Workers of São Paulo, Osasco and Region since 2008, in the field of mental health related to work: support groups for those who suffer from mental strain while working in a bank. The initiative has been beneficial for the workers, as well as for their union. The support group main purposes are: to develop activities aiming at supporting mentally strained bank workers who seek help at the union; to understand the process of illness within participant's work and life course, considering the productive reengineering banks are currently going through; and to contribute to the development of individual and collective actions to confront strain. These results evidenced the potentiality of such group activities for understanding the process of illness, as well as to identify mental strain factors among bank workers. Furthermore, our objectives were achieved, increasing the discussion about mental health and work within the workers' union routine.

Keywords: mental health and work; groups of workers; mental strain; workers' union.

Recebido: 03/11/2010

Revisado: 06/04/2011

Aprovado: 19/04/2011

Introdução

Sabemos que os transtornos mentais relacionados ao trabalho têm se destacado por sua alta incidência em diversas categorias profissionais, tais como a dos bancários (JACQUES; AMAZARRAY, 2006; LIMA, 2000; BRESCIANI, 1999; SEGNINI, 1999), a dos trabalhadores em teletrabalho (RAMALHO et al., 2008; VILELA; ASSUNÇÃO, 2004; LUCCA; CAMPOS, 2010; JACKSON FILHO; ASSUNÇÃO, 2006), a dos professores (NEVES, 1999; PAPARELLI, 2009), entre outras. Essa constatação é duramente vivida no cotidiano de sindicatos, que, muitas vezes, não sabem ao certo como proceder diante do volume grande de pessoas que os procuram com esse tipo de questão. Buscando responder a esses problemas colocados pelos sindicatos e, ao mesmo tempo, aproximar os estudantes da temática da saúde da classe trabalhadora, foi firmado um convênio entre o curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC-SP e o Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e Região, em voga desde o ano de 2008². Como a universidade pode colaborar com o sindicato no enfrentamento dos graves problemas de saúde mental que acometem a categoria bancária? Como dar maior visibilidade a essas questões de saúde mental relacionadas ao trabalho (SMRT) para a discussão com o movimento de trabalhadores? Construimos coletivamente (sindicato e universidade)³ uma proposta que tem se revelado promissora para responder a essas inquietações: o *grupo de enfrentamento do desgaste mental do trabalho bancário*.

Nesse relato de experiência, apresentaremos o trabalho desenvolvido no sindicato desde 2008 e discutiremos os principais resultados obtidos até o presente momento. Para contextualizá-lo no campo das práticas grupais em Saúde do Trabalhador, teceremos considerações sobre a presença desses grupos como dispositivos de pesquisa e intervenção e sobre sua implementação em sindicatos.

a) Os grupos como dispositivo de pesquisa e intervenção em Saúde do Trabalhador

O campo da Saúde do Trabalhador emerge como um discurso contra-hegemônico no contexto do ressurgimento do movimento sindical no Brasil, no final dos anos 1970 (LACAZ, 2007). Uma de suas características essenciais é a participação dos trabalhadores como protagonistas das ações de pesquisa e intervenção, o que faz da formação de grupos de discussão com trabalhadores uma estratégia muito utilizada. A propósito disso, Sato et al. (2003) referem-se à influên-

cia do modelo operário italiano (ODDONE et al., 1986), que afirma a importância do conhecimento prático dos que trabalham no entendimento dos agravos à saúde relacionados ao trabalho:

Trata-se de experiência desenvolvida na década de 1960, junto a entidades sindicais italianas, que apresenta os trabalhadores do grupo primário (aqueles diretamente envolvidos nas atividades operativas) como protagonistas principais na definição dos problemas de saúde no trabalho. Considera-se que a avaliação das condições de trabalho e de saúde deve partir da subjetividade e do conhecimento operário. (p. 284)

Sato, Lacaz e Bernardo (2006), ao delinear as atividades desenvolvidas pela Psicologia na área da Saúde do Trabalhador no interior da Saúde Pública, referem-se ao *grupo de qualidade de vida*, desenvolvido por profissionais do Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte da cidade de São Paulo, no início dos anos 1990 (SATO et al., 1993; MAENO; CARMO, 2005). Essa atividade consistia na realização de encontros em grupo com trabalhadores portadores de LER/DORT, visando à melhoria da sua qualidade de vida. Nesses encontros, era possível construir um conhecimento a respeito dos agravos pautado pela articulação entre o conhecimento teórico dos técnicos em saúde e o conhecimento prático dos trabalhadores acerca de seu trabalho e dos fatores de desgaste nele presentes. Refletindo sobre as condições de trabalho que provocaram o adoecimento, buscava-se que os participantes re-significassem seu trabalho e o processo de adoecimento ocorrido em seu interior. Atualmente, a modalidade de atendimento em grupo é adotada por muitos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests) com ênfases diferentes conforme cada instituição (caráter formativo-terapêutico, psicoterapêutico, ênfase no resgate da cidadania e formação de laços de solidariedade entre os pares etc.).

Outras atividades em que os grupos de trabalhadores são considerados estratégicos são as ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, nas quais a discussão entre os pares viabiliza o acesso ao conhecimento sobre a organização do trabalho, sem o qual a avaliação das condições de trabalho e do processo saúde-doença não é possível (SATO, 1996).

Por fim, os grupos de discussão com trabalhadores estão muito presentes em pesquisas em Saúde do Trabalhador, nas quais são analisados os fatores de desgaste de determinada categoria profissional (NEVES, 1999), o sofrimento psicológico de pessoas que vivem a situação de desemprego (FARINA; NEVES, 2007), os sintomas de determinados agravos à saúde (CHIESA et al., 2002) etc.

² Esse mesmo tipo de convênio foi estabelecido, em 2010, com o Sindicato dos Professores de São Paulo (Sinpro) – professores da rede particular de ensino.

³ Nesse processo, destaca-se a participação de Walcir Previtalo Bruno, secretário de saúde do Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e Região, de Maria Maeno, médica sanitária, e Antonio Arruda Rebouças, advogado especializado em Previdência Social, ambos com trajetória de trabalho junto ao movimento sindical e particularmente à categoria bancária.

b) Ações em saúde mental relacionada ao trabalho em sindicatos: notas sobre um encontro

Realizamos um levantamento bibliográfico preliminar em periódicos buscando artigos que relatassem práticas de enfrentamento do desgaste mental realizadas por profissionais da saúde mental em sindicatos e encontramos apenas um relato de pesquisa que investigou essa questão. Trata-se de investigação desenvolvida por Sales e Sanches (2009), em que analisam a presença de psicólogos em sindicatos em Belo Horizonte-MG e verificam que, das quinze entidades contatadas, apenas duas contavam com o trabalho desses profissionais (são eles: representantes de trabalhadores do setor de telecomunicações e do ramo metalúrgico). As entrevistas realizadas pelos pesquisadores com os dirigentes sindicais dessas duas entidades revelam que um dos principais motivos para a presença do psicólogo nas instituições é a existência de queixas recorrentes relacionadas à deterioração da saúde. Dentre elas, aquelas referentes à saúde mental ocupam posição de destaque.

As práticas desenvolvidas por esses profissionais nos sindicatos apresentados são bastante diferentes entre si: o psicólogo do sindicato do setor de telecomunicações, que mantém vínculo empregatício com o sindicato e atua no espaço físico do mesmo, faz atividades de acolhimento, orientação e encaminhamentos necessários dos trabalhadores que procuram o departamento de saúde do sindicato. Além disso, ele oferece informações aos usuários, realiza e apóia pesquisas, ministra cursos nas Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (Cipas) e opera a seleção de pessoal do próprio sindicato. Já o psicólogo do sindicato dos metalúrgicos, que não é contratado diretamente pelo sindicato, realiza atendimentos psicoterápicos breves aos trabalhadores em seu consultório particular, sendo que o sindicato paga parte ou a totalidade do valor desse serviço para seus associados. Ele também produz laudos técnicos acerca donexo entre agravos à saúde mental e trabalho.

Nossa análise não exaustiva de sítios de diversos sindicatos brasileiros nos faz concordar com os autores acima acerca do provável ineditismo dessas ações de psicólogos em sindicatos: encontramos nos sítios apenas dois sindicatos (além daqueles em que realizamos nossas atividades) em que há profissionais de saúde mental presentes. Trata-se das seguintes entidades: Sindicato dos Vigilantes do Estado de Minas Gerais, no qual há um Núcleo de Apoio Psicológico que presta apoio e tratamento para vigilantes vítimas ou

que enfrentam situações de violência no trabalho, projeto vinculado à PUC-MG; Sindicato dos Bancários de Brasília, que conta com um grupo de apoio psicológico às vítimas de doenças ocupacionais e a trabalhadores com LER/DORT, projeto vinculado à Universidade de Brasília (UnB).

O que esses dados significam? Será que podemos afirmar que vem se configurando, recentemente, um novo campo de atuação para os trabalhadores da saúde mental no meio sindical? Essas questões, certamente, merecem novas investigações. Entendemos que a atividade de grupo por nós desenvolvida no Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e Região se dá no interior desse contexto de encontro com o movimento sindical.

Os grupos desenvolvidos no Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e Região

Os grupos, que são realizados desde 2008, acontecem na sede do Sindicato dos Bancários de São Paulo, Osasco e Região, localizada na região central do município de São Paulo. Os objetivos principais do trabalho são os seguintes:

- desenvolver atividade de acolhimento das pessoas com desgaste mental⁴ que procuram o sindicato;
- compreender o processo de adoecimento no interior das trajetórias de vida e trabalho dos participantes, considerando o momento atual de reestruturação produtiva no setor bancário⁵;
- contribuir com a construção de ações individuais e coletivas de enfrentamento.

A proposta de trabalho em grupo é divulgada pelos meios de comunicação disponíveis (jornais do sindicato, murais, boletim virtual etc.) e o público-alvo, que se inscreve de modo voluntário, é composto por trabalhadores bancários (da ativa, afastados do trabalho ou aposentados) que entendam estar vivendo situações de desgaste mental relacionado ao trabalho.

Cada grupo de dez a doze pessoas participa de aproximadamente dez encontros com periodicidade semanal e duração de duas horas. Os encontros são sempre coordenados por dois estudantes do quarto ano do curso de Psicologia da PUC-SP, sob nossa supervisão⁶. Assumimos o compromisso de realizar, ao final do processo, um encontro devolutivo com os

⁴ Entendemos por desgaste mental a definição de Seligmann-Silva (1994), que afirma que ele se caracteriza por transformações negativas de um estado mental anterior mais satisfatório em direção a um menos satisfatório, por perdas e deformações subjetivas construídas “diacronicamente, ao longo das experiências de vida laboral e extralaboral dos indivíduos” (p. 80).

⁵ Esse objetivo dialoga com a “Abordagem Pluridimensional” (LIMA, 2002; LIMA; ASSUNÇÃO; FRANCISCO, 2002), segundo a qual o entendimento da relação entre saúde mental e trabalho exige o levantamento de dados da história de vida, da história laboral do trabalhador e do seu histórico de adoecimento (no caso do estabelecimento do nexocausal, é necessário, ainda que se confrontem esses levantamentos com pesquisas acadêmicas de natureza epidemiológica e/ou estudos de caso efetuados em trabalhadores da categoria profissional em questão).

⁶ Participaram dessas atividades as seguintes duplas de alunos: Camila Junqueira Muylaert e Israel Peisino Jr.; Heloisa Barbin de Lucia e Natalia do Bonfim Nascimento; Mariel Martins e Maria Renata Sarubbi; Fernando O. Souza e Renata Marques.

participantes e outro com representantes do sindicato. Além disso, acordamos sobre o sigilo de nomes e instituições e sobre o fornecimento de certificado de participação. Caso o grupo desencadeie questões psicológicas mais graves ou não pertinentes ao projeto, temos como apoio e respaldo a clínica psicológica da PUC-SP, na qual desenvolvemos a “clínica do trabalho”, que oferece, dentre outras possibilidades, psicoterapia individual e em grupo para pessoas com transtornos mentais relacionados ao trabalho.

As atividades do grupo são planejadas em reuniões da equipe coordenadora e nas supervisões semanais que realizamos na universidade e variam conforme as especificidades de cada formação grupal. Assim, há grupos que necessitam de uma ênfase em dinâmicas que estimulem a conversa entre os participantes; em outros, a prioridade é constituir um espaço no qual seja possível expressar os sentimentos envolvidos no processo de adoecimento; em outros ainda, cabe centrar o foco na discussão sobre determinado tema etc.

No interior dessa variação, temos algumas constantes nos grupos:

- no primeiro encontro, procedemos à apresentação dos participantes e ao levantamento de suas expectativas com relação ao grupo; estabelecemos os combinados e as regras que nortearão o trabalho (sigilo de nomes e instituições, periodicidade etc.). É importante que, desde esse momento, busquemos constituir um espaço que potencialize as relações entre os participantes e a formação de laços entre eles;
- procuramos avaliar cada atividade com os envolvidos de modo a aprimorar o projeto;
- a cada novo encontro, resgatamos de modo sintético o que foi produzido pelo grupo até aquele momento, o que deixa claro para os participantes a continuidade e o aprofundamento do conteúdo debatido. Essa ação colabora no processo de restabelecimento psicológico dos participantes, pessoas que, em geral, estão passando por experiências de fragmentação e falta de sentido de suas próprias ações;
- no último encontro, fazemos o fechamento do trabalho, a avaliação final e realizamos a devolutiva, síntese articuladora de tudo o que foi realizado pelo grupo. Conferimos com os participantes se o que apreendemos confere com o vivido pelo grupo e combinamos com eles a devolutiva para o sindicato.

Os grupos mostraram-se promissores quanto à possibilidade de *compreensão do processo de adoecimento*, bem como de *identificação de fatores de desgaste mental na categoria bancária*. Esses dois movimentos construíram um conhecimento precioso, tanto para os participantes, quanto para o sindicato.

a) Compreendendo o processo de adoecimento

Nos depoimentos iniciais dos bancários, em geral, conviviam contraditoriamente críticas mordazes às instituições bancárias e a individualização do problema (“o banco é complicado para todo mundo, mas por que eu é que adoeci?”). Os vetores vida e trabalho apareciam pouco articulados em suas falas. Sendo assim, procuramos tecer com eles relações entre as trajetórias de vida e de trabalho, das quais apresentaremos algumas a seguir. Cada uma delas, além de revelar essas relações e trazer dados acerca dos fatores de desgaste mental, destaca um aspecto da problemática vivida pelos trabalhadores.

Algumas histórias

Houve consentimento dos participantes dos grupos de que as informações relevantes para a compreensão da situação da categoria bancária poderiam ser tornadas públicas, desde que mantido o sigilo de nomes e instituições. Desse modo, omitimos informações que pudessem revelar as identidades dos participantes, bem como trocamos os nomes das pessoas e das instituições envolvidas.

Márcia

Márcia é graduada, casada e tem filhos, estando afastada do trabalho na época em que participou do grupo. Ingressou em um banco público quando era bastante jovem, através de concurso público, e trabalhou nessa instituição durante 30 anos. Quando se iniciaram seus problemas de saúde, procurou ajuda psicológica e foi encaminhada a diferentes grupos terapêuticos, mas nenhum discutia seu problema. Queixa-se muito da falta de ética envolvida nas práticas dos profissionais de saúde, além da falta de reconhecimento presente nos bancos, visto que, segundo ela, antigamente os funcionários, aos poucos, subiam de cargo e hoje é comum existirem pessoas com 20 anos de idade “mandando” em profissionais com muitos anos de experiência. Nesse cenário, chegou até a ser hospitalizada por cinco dias devido a uma *overdose* de medicamento para relaxar.

O ápice de seu adoecimento ocorreu um ano antes do afastamento do trabalho, quando teve uma ausência de memória e ficou inconsciente. Segundo ela, essa crise, que a levou à internação, foi ocasionada pela relação de assédio moral exercida por seu chefe. Disse ter “conhecido a pior parte do seu ser, o mais perverso do seu ser”, referindo-se ao ódio que passou a sentir do assediador.

Ana Maria

Ana Maria ingressou como trabalhadora em um banco público há 20 anos e esteve na ativa até a fusão dessa instituição com um banco privado. Em decorrência desse processo, teve uma crise de pânico e saiu de licença. Apresentando sintomas compatíveis com LER/DORT durante dez anos, perdeu o movimento dos braços. Relatou que o seu superior exigia que fizesse coisas antiéticas, tais como “empurrar” produtos bancários

para clientes que não precisam deles, competir com antigos amigos para “bater metas” etc.

Gilda

Gilda iniciou o seu trabalho num banco privado, instituição que posteriormente foi comprada por outro banco privado. Na época em que participou do grupo, estava afastada do trabalho, o que ela atribuiu à relação de humilhação por parte de sua superior. Segundo ela, “no banco a gente aprende muito, até a sofrer”. A bancária já passou por diversos tratamentos (cirurgia de ombro, fisioterapia etc.) com vários profissionais, mas sentia dores incessantes nos membros superiores.

A participante estava fazendo curso de informática e encontrava dificuldades para aprender por etapas. Com relação ao trabalho, afirmou: “a carga de responsabilidade, a pressão é tão grande em cima de você que você enlouquece”. Não conseguia dormir, pois o banco “ficava na minha cabeça”. “Em um departamento tem mais chefe do que funcionário”, “um monte de gerentes”, afirma. Diz-se espiritualista e acredita em Deus, crendo que “as pessoas que me fizeram o mal irão pagar com Deus”.

Jeremias

Jeremias trabalhava num banco público que foi posteriormente comprado por um banco privado, permanecendo na ativa por 15 anos, a maioria deles exercendo trabalho noturno. À época do grupo, tinha 48 anos e estava aposentado por transtornos mentais.

O rol de diagnósticos que trouxe para o grupo era extenso e contraditório: foi diagnosticado como portador de depressão, de transtorno bipolar, obsessivo-compulsivo, esquizoide e teve como diagnóstico definitivo o de esquizotípico (CID 10 F20). Interessante destacar que, como acontece com a maioria dos trabalhadores, em seu caso também não foi estabelecido o nexo entre os agravos à saúde e o trabalho.

Estava bem adaptado ao trabalho noturno e seus problemas começaram quando foi obrigado a trocar para o turno da manhã. No novo turno, seu trabalho era barulhento, motivo pelo qual desenvolveu perda auditiva. Tem muita raiva, ódio e “vontade de matar o chefe”, de quem sofreu inúmeras humilhações. Humilhações repostas pelos peritos do INSS – segundo ele, na “perícia do INSS parece que você é um réu”. Suava e as mãos ficavam geladas quando tinha que passar pela perícia.

Teresa

Teresa começou a trabalhar em um banco público como gerente, através de concurso, e quando participou do grupo estava afastada do trabalho. Passou por

diversas localidades fazendo cursos e sendo transferida de agência. Seu horário de trabalho era de 13h às 19h, mas, como tantos bancários, essa jornada prolongava-se, sendo ela a última a sair do banco. Desenvolveu síndrome do pânico depois de 10 anos na ativa e o estopim foi uma discussão com a chefia. Além do quadro psicológico, tem também problemas osteomusculares.

Relata ter sofrido assédio moral em vários momentos de sua carreira. O clima de perseguição vivido na instituição acabou sendo a lente através da qual ela passou a olhar todas as coisas. Sentia-se perseguida pelo olhar e pelas falas dos colegas. Havia excesso de reuniões para discutir as pendências de serviços, nas quais se sentia tolhida. Para ela, “se alguém vai fazer justiça não vai ser eu, vai ser Deus!”⁷.

Sempre que chegava ao grupo, dizia-se cansada. A divulgação de casos semelhantes de adoecimento físico e mental relacionado ao trabalho foi um elemento importante em sua recuperação, sendo o grupo importante para ela nesse sentido. Teresa trouxe inúmeras informações sobre o processo de reestruturação produtiva do banco. Na mudança de chefe houve centralização de todas as atividades. Por alegados “motivos de contenção”, caiu do topo da carreira para a lista junior e, ao invés de ensinar, passou a ter que aprender com os novos funcionários. Houve criação de novas normas de progressão na carreira, bem como de novas funções e cargos para evitar promoções e aumento de salários. Foram escolhidas algumas pessoas para assumir os maiores cargos. Após a reformulação, precisaria de seis anos para alcançar o cargo anterior ao rebaixamento.

José Alencar

José Alencar se mostrou bastante desestruturado, sem noção de tempo e espaço, relatando sofrer de ansiedade, estresse, irritabilidade, fobia e depressão.

Ingressou em um banco público, posteriormente comprado por um banco privado, através de concurso. A fusão trouxe consigo um “clima de perseguição”. Relatou ter sido perseguido por um colega de trabalho e, por conta disso, ter ido “parar na psiquiatria”. Fazia perícia mês a mês, depois passou a ser trimestral. Segundo ele, o “inferno de Dante” começou em uma determinada agência e continuou quando foi transferido de agência e de cidade. Por “inferno de Dante”, referia-se ao assédio moral que sofreu.

Passou por épocas de depressão e tem grande oscilação de humor. O trabalhador referiu-se a uma tentativa de suicídio, evento que vem se tornando frequente na categoria bancária⁸. Desenvolveu também uma série de distúrbios, problemas com relação à sexualidade etc. Sua participação no grupo foi interrompida por uma

⁷ Há uma espera desses bancários por justiça contra as pessoas perseguidoras e normalmente é uma justiça divina ou pela natureza. Mariana disse sobre isso: “Fiquei aliviada com o câncer linfático do meu chefe. A natureza fez justiça”.

⁸ Sobre essa temática, veja a dissertação de Santos (2009), que traz dados alarmantes sobre a ocorrência desse fenômeno entre os bancários, relacionando-o com o contexto da nova organização do trabalho, da reestruturação produtiva presenciada pelo setor, enfim, das condições de trabalho contemporâneas nas instituições bancárias.

crise que o levou a mais uma internação em um hospital psiquiátrico.

Gisele

Gisele tem 43 anos e, quando participou do grupo, acumulava 22 anos de trabalho em um banco privado. Foi afastada por LER/DORT diversas vezes e, na ausência de transformações no processo de trabalho e de tratamento adequado, com o tempo, foi piorando. Contou que teve um “sentimento explosivo” quando teve o carimbo de afastamento do trabalho na carteira, pois “havia ficado marcada” e as “portas se fechariam”. Quando o médico do banco escreveu “inapto” para ela, relata ter sido um choque muito grande, pois sabia que isso significaria ir e vir do INSS. Esse episódio de ter recebido “inapto” marcou muito sua vida, sendo sempre citado por ela. Ela desenvolveu um quadro depressivo e fazia tratamento até aquele momento.

No decorrer do grupo, Gisele voltou a trabalhar, mas teve que ser novamente afastada após sentir dores logo nos primeiros dias na ativa. Relatou que é péssimo sentir dor, saber o motivo e ter que continuar por sentir-se impotente, “não poder fazer nada”. Ela disse também que a ansiedade influenciava no aumento da dor e que “quando se é pressionado, a dor é pior”. Faltavam 8 anos para ela se aposentar, mas achava que iria ser demitida antes. Deixou de participar do grupo porque voltou ao trabalho.

b) Conhecendo fatores de desgaste mental na categoria bancária

A organização do trabalho bancário, geradora de competitividade e sobrecarga, foi um elemento fundamental no processo de adoecimento físico e mental desses trabalhadores participantes do grupo. Verificamos a presença de sobrecarga quanto à complexidade das atividades; à exigência da polivalência; às elevadas cargas psicoafetivas (autocontrole emocional exacerbado, exigências de perfeição no desempenho, alto nível de responsabilidade, insegurança quanto à manutenção do emprego e às perspectivas de carreira); aos múltiplos tipos de pressão temporal (prazos, ritmos etc.). Os trabalhadores são submetidos a medo, humilhações, injustiças e até ilegalidades por parte dos bancos, sendo pressionados a agirem contrariamente a seus valores éticos e morais.

Uma questão que se destaca nos depoimentos é o assédio moral⁹, nem sempre havendo, por parte dos bancários, clareza de que esse assédio é responsabilidade da organização do trabalho bancário. Assim, alguns atribuem a violência exclusivamente ao chefe direto, como se as instituições bancárias e suas formas de gestão não fossem as principais responsáveis pela conduta das gerências. Esse assédio se intensifica em tempos de reestruturação produtiva, quando acontece

uma espécie de “guerra de todos contra todos”, com intensa disputa pelos postos de trabalho que não serão desativados, pela manutenção do emprego.

Quando adoecidos, muitos vivenciam sentimentos de culpa e derrota pelo que ocorreu, o que aumenta o isolamento vivido, visto sentirem vergonha de falar para pessoas próximas sobre o ocorrido, principalmente para suas famílias (situação exacerbada quando o trabalho no banco era motivo de orgulho para os familiares). Sentem desamparo nos atendimentos realizados por profissionais de saúde que não estabelecem o nexo com o trabalho, que desconhecem as razões do sofrimento apresentado e culpabilizam o trabalhador pelo acometimento. Quando afastados do trabalho, seu cotidiano é preenchido por idas e vindas a médicos, fisioterapeutas, psiquiatras etc. e pela frequência às temidas perícias do INSS, nas quais relatam serem submetidos, em geral, a extremo desrespeito. Além disso, têm que provar que estão doentes, mesmo estando sob tratamento, portando exames etc.

O adoecimento coloca os sujeitos em situações de desestruturação psíquica, com falta de perspectiva futura, intenso sofrimento e sentimento de injustiça, humilhação e derrota. Muitos deles não têm perspectivas para o futuro, temem ser demitidos e, quando o são, lutam por sua reintegração ou aposentadoria por invalidez, pois sabem das dificuldades de reingresso no mundo do trabalho. Quando essa volta aconteceu, no caso dos participantes dos grupos, os trabalhadores sofreram preconceito por parte de gestores e colegas de trabalho, reiterando a autoimagem negativa de pessoas que eram avaliadas como excelentes pelo banco e, repentinamente, são vistas pelos gestores e pelos próprios colegas como “fazendo corpo mole”, “inventando problema para não trabalhar”.

Reflexões sobre os grupos e seus resultados

O trabalho realizado foi bastante produtivo. Construiu-se um importante espaço de reflexão e discussão, bem como de relatos e troca de experiências que, no decorrer das atividades dos grupos, proporcionaram uma maior compreensão dos participantes acerca do processo de adoecimento e desgaste mental relacionado ao trabalho. Os grupos possibilitaram descobertas individuais e coletivas e, a partir dessas descobertas e da compreensão dos processos ocorridos, tornou-se possível a reflexão e o planejamento de novas estratégias de enfrentamento do desgaste mental.

Os participantes dos grupos puderam, em geral, fortalecer-se em diferentes aspectos no decorrer do trabalho realizado, na medida em que questionaram o atual contexto de seu trabalho, formularam críticas e criaram no-

⁹ Concordando com Heloani (2005), entendemos por assédio moral “a exposição de trabalhadores a situações vexatórias, constrangedoras e humilhantes durante o exercício de sua função, de forma repetitiva, caracterizando uma atitude desumana, violenta e antiética nas relações de trabalho, assédio este realizado por um ou mais chefes contra seu subordinado” (p. 104), estando esse comportamento diretamente relacionado às formas contemporâneas de gestão do trabalho, que estimulam a hipercompetição entre os trabalhadores.

vos planos de vida. Foi possível observar características comuns entre os participantes, o que possibilitou a troca de experiências e a realização de sínteses de cada encontro. Assim, os participantes puderam, principalmente, perceber que não estão sozinhos na situação de desgaste mental relacionado ao trabalho. Eles ainda conseguiram notar a importância da união entre os que vivem as mesmas situações, tanto para se discutir formas coletivas de protesto, quanto para se pensar em formas individuais de enfrentar tais situações.

Nesse sentido, destacou-se uma atividade que foi desenvolvida com todos os grupos, a “linha do tempo”, que consistiu na produção, por parte de cada um dos participantes, de uma retrospectiva dos principais momentos de suas vidas. Essas “linhas do tempo” buscaram colaborar no entendimento do processo de constituição do sofrimento psicológico de cada um dos sujeitos no interior de suas trajetórias de vida e trabalho. As “linhas do tempo”, apesar de guardarem diferenças entre si, são semelhantes em muitos aspectos, especialmente naqueles que se referem ao trabalho. Essa semelhança permite que os participantes tomem consciência de que os problemas vivenciados não são meramente individuais, o que colabora com a desconstrução da “ideologia da culpabilização” (LIMA; OLIVEIRA, 1995).

O grupo configurou-se como um espaço de produção de conhecimento acerca da penosidade do trabalho bancário, permitindo o acesso às intrincadas e complexas minúcias vividas no cotidiano laboral em um contexto de aceleradas mudanças organizacionais, tendo em vista a reestruturação produtiva pela qual o setor bancário vem passando.

Referências

BRESCIANI, L. P. Panorama da reestruturação produtiva. *Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 39-44, 1999.

CHIESA, A. M. et al. As repercussões emocionais das LER/DORT no cotidiano do trabalhador: a invisibilidade ameaçadora. *Revista Brasileira Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 27, n. 101/102, p. 9-25, set. 2002.

FARINA, A. S.; NEVES, T. F. S. das. Formas de lidar com o desemprego: possibilidades e limites de um projeto de atuação em psicologia social do trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 21-36, 2007.

HELOANI, R. Assédio moral: a dignidade violada. *Aletheia*, Canoas, n. 22, p. 101-108, jul./dez. 2005.

JACKSON FILHO, J. M.; ASSUNÇÃO, A. A. Trabalho em teleatendimento e problemas de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 31, n. 114, p. 4-6, jul./dez. 2006.

JACQUES, M. G. C.; AMAZARRAY, M. R. Trabalho bancário e saúde mental no paradigma da excelência.

Há um problema que precisamos equacionar melhor na condução do trabalho: a adesão à proposta. Embora tenha havido baixa evasão nos grupos, eles sempre funcionaram com menos participantes do que poderiam. Tendo em vista o bom aproveitamento daqueles que participaram até agora, consideramos que o problema não está nas características essenciais do projeto. Talvez decorra de dificuldades encontradas pelos participantes, pessoas com intenso sofrimento psíquico, de encontrarem energia para se deslocarem, falar de suas dores e novas perspectivas de vida. Outra possibilidade é a de que essa prática, por ser muito recente no sindicato, necessite de tempo para ser estabelecida como rotina na instituição a fim de se constituir como um espaço de acolhimento e de construção de formas de enfrentamento.

Além dos fatores de desgaste mental no trabalho, os grupos também evidenciaram potencialidade e criatividade nas formas de enfrentamento, na resistência constituída no dia a dia de trabalho. Um documento anônimo produzido por uma bancária e trazido para o grupo representa um bom exemplo dessas estratégias – no caso, um modo de denunciar o que se vive no dia a dia de trabalho. O texto se destaca por sua ironia ao convocar pessoas que “gostam de desafios, são empreendedoras e querem construir carreira” para “trabalhar no banco e saber como é viver sem ter qualidade de vida”. Os bancos garantem, segundo o documento:

que você sofrerá com: desrespeito; humilhação; stress; depressão; ansiedade; síndrome de *burnout*; assédio moral (se tiver sorte, também o assédio sexual); metas abusivas; insônia; hipersonia; úlcera; gastrite e outras ...ites da vida profissional!

Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 93-105, jan./jun. 2006.

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

LIMA, A. B.; OLIVEIRA, F. Abordagem psicossocial da LER: ideologia e culpabilização e grupos de qualidade de vida. In: CODO, W.; ALMEIDA, M. C. (Org.). *LER. diagnóstico, tratamento e prevenção. Uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes. 1995. p. 1236-1259.

LIMA, M. E. A. Violência e reestruturação bancária: o caso do Banco do Brasil. *Revista da Federação Nacional dos Psicólogos*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 27-41, 2000.

_____. Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In: CODO, W.; JACQUES, M. G. (Org.) *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 50-81.

LIMA, M. E. A.; ASSUNÇÃO, A. A.; FRANCISCO, J. M. S. D. Aprisionado pelos ponteiros de um relógio: o caso de um transtorno mental desencadeado no trabalho.

- In: CODO, W.; JACQUES, M. G. (Org.). *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 209-246.
- LUCCA, S. R. de; CAMPOS, C. R. Saúde mental e trabalho: uma discussão a partir do estudo de trabalhadores da atividade de teleatendimento. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, São Paulo, v. 8, n. 1, 2010.
- MAENO, M. M.; CARMO, C. *Saúde do trabalhador no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- NEVES, M. Y. R. *Trabalho docente e saúde mental – a dor e a delícia de ser (tornar-se) professora*. 1999. 277 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.
- ODDONE, E. I. et al. *A luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- PAPARELLI, R. *Desgaste mental do professor da rede pública de ensino: trabalho sem sentido sob a política de regularização de fluxo escolar*. 2009. 184 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- RAMALHO, C. C. et al. Viver na baía: dimensões psicossociais da saúde e do controle no trabalho de teleatendimento. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 19-39, jun. 2008. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172008000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 dez. 2010.
- SALES, M. M.; SANCHES, R. A. O. Saúde mental e trabalho: a atuação da Psicologia em Sindicatos. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PSICOSSOCIOLOGIA E SOCIOLOGIA CLÍNICA - HOMENAGEM A EUGENE ENRIQUEZ, 13., 2009, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: UFMG, 2009. ISSN 2176-1086. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/coloquioenriquez/programacao.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2011.
- SANTOS, M. A. F. *Patologia da solidão: o suicídio de bancários no contexto da nova organização do trabalho*, 2009. 223 f. Dissertação (Mestrado em Administração)- Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 489-495, out./dez. 1996.
- SATO, L. et al. Atividade em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 21, n. 79, p. 49-62, jul./set., 1993.
- SATO, L.; LACAZ, F. A. de C.; BERNARDO, M. H. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. *Estudos de psicologia (Natal)*, Natal, v. 11, n. 3, p. 281-288, set./dez. 2006.
- SEGNINI, L. R. P. Reestruturação nos bancos no Brasil: desemprego, subcontratação e intensificação do trabalho. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 20, n. 67, p. 183-209, 1999.
- SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: UFRJ; São Paulo: Cortez, 1994.
- VILELA L. V. O.; ASSUNÇÃO A. A. Os mecanismos de controle da atividade no setor de teleatendimento e as queixas de cansaço e esgotamento dos trabalhadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1069-1078, jul./ago, 2004.

O judiciário e a saúde mental no trabalho

Judicial system and mental health at work

Ricardo Tadeu Marques da Fonseca¹

¹ Desembargador do Tribunal Regional do Trabalho da 9ª região – Curitiba-PR

Contato:

Alameda Doutor Carlos de Carvalho, 528 – Curitiba-PR

CEP: 80430-180

E-mail:

ricardofonseca@trt9.jus.br

A medicina do trabalho informa o direito laboral de maneira substancial, eis que a CLT dedica ao assunto um capítulo próprio (Capítulo 5).

O diploma obreiro, porém, como se sabe datado de 1943, disciplina de forma expressa tão somente a tutela da saúde física do trabalhador, prescrevendo medidas de prevenção contra agentes químicos, físicos e biológicos comuns ao meio ambiente do trabalho. Há que se ressaltar, entretanto, que, desde então, a CLT já se voltava à higidez mental dos trabalhadores ao limitar a duração do trabalho e estabelecer, por exemplo, a jornada de oito horas, a carga semanal de quarenta e oito horas, depois reduzida pela Constituição a quarenta e quatro, e férias de trinta dias.

Os chamados direitos tutelares do trabalho também são estendidos à proteção de mulheres e crianças, bem como a algumas categorias cuja jornada é reduzida em razão do notório desgaste que lhes impõem as respectivas atividades, citando-se, os telefonistas e os bancários (6 horas), os jornalistas (5 horas), os médicos (4 horas) etc.

Apenas a partir da Constituição de 1988 esta proteção à saúde do trabalhador assume a perspectiva do campo dos chamados direitos de personalidade cuja abrangência implica cuidados com a dignidade, a privacidade e a intimidade das pessoas. A Carta Política estabeleceu no artigo 5º, X, que: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.

As relações entre capital e trabalho sofreram significativa revolução, mormente no que concerne ao exercício do poder diretivo do empregador, que se moldou historicamente em torno do direito de defesa do patrimônio e da hierarquia inerentes à dinâmica empresarial. Padrões outrora considerados normais, na forma do exercício desse poder passaram a ser reavaliados.

O direito de revista dos empregados, antes tranquilamente assegurado pelos estudiosos, sofre hoje severas restrições por parte dos Tribunais por implicar abuso contra a esfera de proteção dos indivíduos delineada pelo dispositivo constitucional acima transcrito.

Os estudos de Marie-France Hirigoyen sobre o assédio moral repercutiram profundamente nas relações interpessoais e coletivas nas empresas, tanto que grande parte dos processos que tramitam na Justiça do Trabalho discutem os limites do exercício do poder diretivo do empregador sob a égide da integridade psíquica e moral do trabalhador, tornando-se corriqueira a constatação da ocorrência de desvios de tal exercício, que acarretam indenizações por dano moral aos lesados.

Recebido: 01/03/2011

Aprovado: 14/03/2011

Recentemente, os próprios métodos de gestão, caracterizados, em algumas ocasiões, por medidas rigorosas, visando ao atingimento de metas ou à melhoria de desempenho da equipe, têm sido considerados abusivos. É o que ocorre quando se verifica a exposição daqueles que não atingem as expectativas estabelecidas a condições por vezes até degradantes. Trata-se, nessas hipóteses, do assédio moral coletivo ou organizacional, que vem sendo combatido sistematicamente pelo Ministério Público do Trabalho por meio das ações civis públicas, bem como pelos próprios trabalhadores prejudicados, que findam por obter reparações também de natureza indenizatória concernentes a sua integridade moral e psíquica, mesmo que a ameaça que lhes aflija se revele de modo virtual, potencial, por aquilo que também se convencionou denominar gestão injuriosa.

O nexos de causalidade ou concausalidade entre o trabalho e doenças de natureza psíquica ou psicossomáticas, outrossim, assumiu relevância. Com efeito, o Decreto presidencial 3.048/99, regulamentando o artigo 20 da Lei 8.213/91, criou amplo rol de doenças ocupacionais, inovando em muitos aspectos. Destaque-se o fato de que doenças que sempre foram relegadas pelos médicos do trabalho, por não decorrerem diretamente deste, passaram a ser consideradas até mesmo quando a atividade laboral tão somente se faz sentir como o fator agravante dos sintomas a elas inerentes. A hipertensão, a depressão e outras doenças, desde que demonstrado o nexos de causalidade, são agora vistas pela Previdência como enfermidades do trabalho.

Flagrante avanço também cedeu na legislação brasileira com o advento do nexos epidemiológico de causalidade, por meio da Lei 11.430/2006. A norma em questão determina que, a partir de estudos estatísticos pelo INSS, certas categorias econômicas, em razão da própria peculiaridade das atividades, dos respectivos agentes químicos, físicos ou biológicos nocivos que a caracterizam, têm contra si uma presunção relativa de que o nexos de causalidade ocorreu. A consequência, portanto, é significativa em termos processuais, visto que, na prática, basta o trabalhador alegar a doença e demonstrar a sua alta ocorrência na categoria, conforme estudos prévios do INSS, para gerar o direito em tese, cabendo à empresa demonstrar por qualquer meio de prova a inexistência do nexos presumido. Verifica-se, assim, verdadeira inversão do ônus da prova em favor do trabalhador e da própria Seguridade Social.

Seguem abaixo, algumas decisões que ilustram o que se disse até aqui:

EMENTA: ADMINISTRAÇÃO POR ESTRESSE - DANO MORAL. A adoção de estratégias empresariais agressivas, baseadas no cumprimento de metas elevadas, aliadas a imposição de jornadas exaustivas, sob a constante ameaça da perda do emprego, com a submissão dos trabalhadores a intensa pressão psicológica, vem sendo classificada pela doutrina como “ADMINISTRAÇÃO POR ESTRESSE” ou assédio organizacional, técnica gerencial voltada exclusivamente a obtenção do lucro, em prejuízo da dignidade humana dos empregados, representando uma espécie de assédio moral coletivo, por afetar, indistintamente, um grupo de empregados, expondo-os a um meio-ambiente de trabalho degradado pelas constantes humilhações praticadas pelos superiores hierárquicos. Recurso ordinário conhecido e parcialmente provido. Vistos, relatados e discutidos os presentes autos de recurso ordinário, [...] acordam os desembargadores da 1ª Turma do Tribunal Regional do Trabalho da 16ª Região, por unanimidade, conhecer do recurso e, no mérito, por maioria, dar-lhe provimento parcial, nos termos deste voto. (TRT 16ª R. - 00880-2008-015-16-00-1-RO (74492) – Rel. JOSÉ EVANDRO DE SOUZA – data de publicação: 12/03/2010).

EMENTA: ASSÉDIO MORAL ORGANIZACIONAL. ADMINISTRAÇÃO POR ESTRESSE. PRÁTICA GENERALIZADA, OFENSIVA AOS DIREITOS DE PERSONALIDADE DOS EMPREGADOS, VISANDO INCREMENTO DOS LUCROS. PRENDAS VEXATÓRIAS AOS VENDEDORES QUE PRODUZISSEM MENOS. CARACTERIZAÇÃO. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS DEVIDA. QUANTUM REDUZIDO. O assédio moral organizacional, ou administração por estresse, se diferencia do assédio moral clássico (interpessoal) por caracterizar prática generalizada da empresa, ofensiva aos direitos de personalidade dos empregados, visando os lucros. Se a empresa estabelece ou, da mesma forma, se é conivente com o estabelecimento de prendas vexatórias aos empregados que produzem menos, está caracterizado o assédio moral organizacional, sendo devida indenização mesmo ao empregado que, concretamente, não teve que “pagar prenda”, pois se sujeitou a ambiente de trabalho hostil, sofrendo pressão psicológica inadmissível. Contudo, a circunstância do reclamante não ter sido vítima direta das “prendas” implica em redução do quantum indenizatório. Recurso ordinário conhecido e parcialmente provido. (TRT 16ª R. - 00743-2008-001-16-00-4 – Rel. JOSÉ EVANDRO DE SOUZA – data de publicação: 28/04/2010)

EMENTA: TENTATIVA DE SUICÍDIO. TRANSTORNO MENTAL. TRABALHO COM BENZENO E HIDROCARBONETOS. NEXO TÉCNICO PREVIDENCIÁRIO. ÔNUS DO EMPREGADOR DE AFASTAR A PRESUNÇÃO DO NEXO DE CAUSALIDADE. A exposição por anos ininterruptos às substâncias químicas benzeno e hidrocarboneto ocasiona transtornos mentais e de comportamento, sendo o nexos de causalidade entre a doença e o labor presumido, por força do Decreto 3.048/99 e da Instrução Normativa INSS/PRES nº 31. No caso concreto, ausente prova suficiente para afastar a presunção legal, bem como a existência de ato ilícito pela reclamada, qual seja, deixar de fornecer e fiscalizar o uso de EPIs, o que deveria ser observado com maior rigor, ante a natureza de risco da atividade. A opinião de perito não é suficiente para elidir a presunção, diante das provas robustas existentes nos autos em sentido contrário. Inteligência do art. 436, do CPC. Presentes, pois, o ato

ilícito, o nexo de causalidade presumido e o dano (incapacidade para o trabalho) devida a responsabilização civil do empregador. (TRT 9ª R. -07714-2008-664-09-00-3-ACO-38157-2010 - 2A. TURMA - Relator: RICARDO TADEU MARQUES DA FONSECA - Publicado no DEJT em 30/11/2010)

EMENTA: DANO MORAL - RETALIAÇÃO DO EMPREGADO POR AJUIZAMENTO DE AÇÃO TRABALHISTA EM FACE DA EMPRESA - DESIGNAÇÃO PARA FUNÇÃO E LOCAL DIVERSOS DO CONTRATADO E EM CONDIÇÕES PRECÁRIAS - ASSÉDIO MORAL - INDENIZAÇÃO. Empregado contratado como auxiliar de produção, que após ter ajuizado ação trabalhista em face da empresa foi designado para laborar na portaria, local que, por suas condições, era inadequado e incompatível com a dignidade da pessoa humana e em função desnecessária, porquanto não havia na empresa a função de porteiro, sofre assédio moral. Ausente prova de que a designação se fez necessária após a participação do empregado em curso de readaptação profissional, em virtude de acidente do trabalho, considera-se que foi em retaliação ao exercício do direito fundamental de ação. Danos morais reconhecidos. Recurso a que se nega provimento para manter a sentença que condenou a ré em indenização por danos morais. (TRT 9ª R. -03695-2009-662-09-00-4-ACO-01728-2011 - 2A. TURMA - Relator: MARLENE T. FUVERKI SUGUIMATSU - Publicado no DEJT em 25-01-2011)

Convém sublinhar, finalmente, que as meras reparações por dano moral não trarão resultados a médio e longo prazos para a melhoria das relações laborais, a tornar imprescindíveis medidas de caráter preventivo que, todavia, inexistem no ordenamento jurídico brasileiro no que se refere à saúde mental no trabalho. Seria, portanto, de todo conveniente a elaboração de norma regulamentar à semelhança do que ocorre com a prevenção da saúde física há décadas em nosso país.

Trabalho e poder de agir

CLOT, Yves. Tradução de Guilherme João Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna. Belo Horizonte: Fa-breFactum, 2010. 368p. ISBN: 978-85-63299-08-6

Trabalho e poder de agir é a segunda obra completa de Yves Clot publicada no Brasil¹. Ela se encontra em uma linha de continuidade com *A função psicológica do trabalho* (CLOT, Yves. Petrópolis: Vozes, 2006) ao propor um aprofundamento de questões tratadas naquele momento, mas representa, ao mesmo tempo, um avanço por expor de forma mais ampla o campo da Clínica da Atividade. Assim, ela se inicia pela apresentação das origens da disciplina, para, em seguida, expor seu corpo conceitual e os métodos que vem desenvolvendo. Trata-se de uma leitura essencial para todos os interessados por esse campo do conhecimento, não apenas pela sua abrangência, mas também pela profundidade com a qual o autor trata de temas que permitem uma melhor compreensão a respeito dos rumos que vem tomando e do alcance que seus avanços permitem.

Na introdução, Clot trata de alguns aspectos essenciais para a melhor apreensão dos temas que virão a seguir, dentre eles, a maneira como concebe a atividade, sobretudo nas suas relações com as emoções, com as cognições e com a afetividade em geral. Essas considerações iniciais culminam no tratamento do que chama de “poder de agir”, conceito que ocupa um lugar cada vez mais central na sua disciplina.

A primeira parte da obra é composta de quatro ensaios de difícil acesso, apesar de sua relevância, uma vez que apresentam os teóricos que serviram de base para a construção da Clínica da Atividade: A. Wisner, L. Vygotsky, L. Le Guillant e I. Oddone. Todos eles estão na origem de alguma disciplina ou de uma prática inovadora no seu campo de atuação, sendo o primeiro associado à Ergonomia Francesa, o segundo, à Psicologia Sócio-histórica, o terceiro à Psicopatologia do Trabalho e o quarto, ao “modelo operário italiano”, uma importante inovação cuja essência consiste em transformar a prática do psicólogo nos contextos laborais.

A Ergonomia Francesa, disciplina inseparável da trajetória de A. Wisner, é posta por Clot como “ponto de partida” para seu próprio percurso devido a vários aspectos: por representar um antídoto ao positivismo ao propor o exercício ergonômico determinado por ques-

tões vindas do campo; por colocar saúde e atividade como sinônimos; por se configurar como uma fuga ao dogmatismo, encorajando constantemente a discussão; e, finalmente, pela clara consciência dos seus limites, ao se propor o alcance de objetivos bem mais modestos e, por isso mesmo, mais factíveis.

Vygotsky é apresentado ao leitor como uma das principais fontes de inspiração da Clínica da Atividade, sendo sua obra apropriada de maneira inteligente e criativa por essa disciplina. No ensaio a ele consagrado, Clot trata de alguns aspectos centrais, dentre eles, o tratamento oferecido pelo psicólogo russo ao problema da deficiência, além das questões relativas aos afetos e aos processos de desenvolvimento. Tudo isso sem omitir a crítica ao tratamento caricatural que vem sendo dado ao seu legado, visto frequentemente como uma espécie de “ortopedia cognitiva”. Mas o essencial encontra-se na maneira pela qual nosso autor expõe a concepção vygotskiana de Psicologia, isto é, como um método de ação e não de conhecimento. Ao avançar na leitura do livro, fica patente ao leitor a relevância dessa contribuição para a Clínica da Atividade, uma disciplina que vem progressivamente se voltando para o desenvolvimento de instrumentos suscetíveis de ampliar o poder de agir do homem no trabalho.

A contribuição de Louis Le Guillant, psiquiatra francês que produziu o essencial de sua obra durante os anos 50 e 60 do século XX, é também apresentada como um dos pilares que permitiram a edificação da clínica da atividade. O ensaio que trata desse teórico traz uma síntese preciosa de suas reflexões, tratando, dentre outros aspectos, da questão do ressentimento – tão bem elucidada no seu estudo a respeito das “incidências psicopatológicas da condição da empregada doméstica” –, além das chamadas “doenças da produtividade” e das críticas que dirigiu à psiquiatria de sua época.² Clot ressalta também a visão de Le Guillant a respeito dos impactos do trabalho no psiquismo, ressaltando a presença, em toda sua obra, de uma clínica atenta às condições sociais. Mas o reconhecimento da importância desse teórico não o impede de expor suas insuficiências ao questionar sua adesão, aparentemente pouco crítica, à perspectiva pavloviana, além de apontar para

¹ Título original: CLOT, Yves. *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: PUF, 2008. 312p.

² Alguns dos estudos realizados pelo autor foram publicados no Brasil, em 2006, pela Editora Vozes, na coletânea intitulada “Escritos de Louis Le Guillant – da Ergoterapia à Psicopatologia do Trabalho”, contando, inclusive, com um prefácio escrito por Yves Clot.

uma lacuna importante na sua obra: a ausência de uma teorização a respeito da noção de atividade. Ele deixa claro, no entanto, que discorda daqueles que atribuem a Le Guillant uma concepção sociogenética a respeito da doença mental, argumentando, com razão, que tal visão só pode ser fruto de uma interpretação equivocada do seu trabalho.

O quarto e último ensaio dessa primeira parte dedica-se a Ivar Oddone, posto igualmente como um dos pilares da Clínica da Atividade. A forte influência do “movimento operário italiano” em vários países ocidentais já é sobejamente conhecida, sendo que Y. Clot pode ser considerado como o teórico que realizou uma das mais interessantes apropriações desse legado. Em consonância com as discussões que vem trazendo em algumas de suas obras mais recentes, ele concorda com as objeções feitas por Oddone à “simples denúncia das condições inaceitáveis de trabalho” (p. 84), afirmando que o importante é o apoio oferecido aos coletivos de trabalhadores no sentido de manter e, sobretudo, “ampliar seu raio de ação”. Para isso, propõe contribuir para a construção de uma nova forma de se praticar a psicologia nos contextos de trabalho, deixando clara a necessidade de se inventar e reinventar os instrumentos dessa ação. Dedicou-se, então, à criação de dispositivos de diagnóstico e intervenção nos contextos de trabalho, tornando-se uma das principais fontes de inspiração para Clot no desenvolvimento dos seus próprios instrumentos no campo da Clínica da Atividade. A base de sua proposta consiste na criação de “grupos operários homogêneos” nos quais o trabalhador é “protagonista da pesquisa”, avaliando os riscos e validando as soluções propostas. Ao fazer isso, Oddone ultrapassou o mero diagnóstico, propondo um dispositivo suscetível de levar os trabalhadores a “pensar coletivamente o trabalho para reorganizá-lo”.

Para Clot, a grande contribuição da perspectiva inaugurada por Oddone consiste na possibilidade que ela comporta de mudar nosso olhar em torno da experiência operária, que deixa de ser apenas reconhecida para ser objeto de transformação. É nela que se apóia para criticar as práticas dos *experts*, bastante frequentes nos dias atuais, ou seja, aqueles profissionais que se encarregam de diagnosticar e combater a nocividade das condições de trabalho sem uma participação efetiva dos trabalhadores. Mas reconhece também que Oddone foi o primeiro a tratar da função psicológica do coletivo de trabalho, identificando nesse coletivo a fonte na qual “a atividade individual encontra seus recursos”. Sendo assim, percebeu, na sua perda ou no seu enfraquecimento, a origem da maior parte das provações sofridas no mundo do trabalho. Foi graças a essa descoberta, diz ele, que pôde desenvolver suas próprias reflexões a respeito do papel do coletivo de trabalhadores na atividade individual, um dos pontos centrais de sua disciplina.

Os principais conceitos que vêm sendo desenvolvidos no âmbito da Clínica da Atividade estão expostos na segunda parte da obra, composta por quatro capítu-

los. O primeiro deles, intitulado “Clínica da atividade e psicopatologia do trabalho”, é um dos ensaios mais importantes da coletânea. Nele, aparecem diversos problemas tratados pela Clínica da Atividade, mas, desta vez, com a preocupação de mostrar a forma pela qual se articulam com o campo da Saúde Mental e Trabalho. Para isso, Clot toma como ponto de partida os estudos realizados por L. Le Guillant em torno dos condutores de trem, mas vai além ao tratar dos conceitos de atividade realizada, real da atividade, catacreses objetivas e subjetivas, além de expor sua concepção de saúde, defesas e poder de agir. É nesse ensaio também que evidencia a contribuição de G. Canguilhem para o desenvolvimento do seu pensamento, em especial no que concerne às reflexões que o médico e filósofo francês propôs em torno de normalidade, doença e saúde.

Nos capítulos subsequentes, Clot aprofunda alguns dos conceitos já expostos anteriormente de maneira pontual: o gênero profissional, os estilos de ação, o gesto e o indivíduo na sua relação com o coletivo. Em um dos artigos, intitulado “Gêneros profissionais e estilos de ação”, já se percebe uma antecipação de aspectos importantes relativos a problemas metodológicos, que só serão tratados de forma mais detalhada na última parte da obra. Ele reafirma que a finalidade maior da Clínica da Atividade consiste na transformação das situações de trabalho, mas sempre preocupado em delimitar os verdadeiros protagonistas dessas mudanças. Ao fazê-lo, deixa claro, mais uma vez, seu distanciamento do que qualifica como “estratégias clássicas de intervenção” nos locais de trabalho e que culminam geralmente em neonizações resultantes de uma *expertise* externa. A abordagem proposta pela Clínica da Atividade, diz ele, propõe que se coloque em prática “um dispositivo metodológico destinado a tornar-se um instrumento para a ação dos próprios coletivos de trabalho” (p. 88).

Assim, um aspecto fica evidente em vários momentos da leitura dos ensaios que compõem a obra e por isso merece ser aqui ressaltado: nosso autor só admite como duradouras as transformações que resultam da ação dos próprios trabalhadores e é por essa razão que sua proposta de análise do trabalho preocupa-se em oferecer um amparo aos coletivos de modo a aumentar seu poder de agir e ampliar seu raio de ação no meio profissional. Esse é também o motivo pelo qual ele tem concentrado o essencial dos seus esforços nas questões metodológicas, acreditando que a Clínica da Atividade deve levar à busca de “instrumentos práticos e teóricos” que permitam “alimentar ou restabelecer o poder de agir de um coletivo profissional no seu meio de trabalho e de vida” (p. 98). Foi por isso também que decidiu dedicar a terceira e última parte da obra ao tratamento das questões metodológicas, sobretudo naquilo que diz respeito às possibilidades de ação e à produção do conhecimento, evidenciando mais uma vez que a motivação maior dessa publicação consiste em propor instrumentos de transformação dos contextos de trabalho. Ele oferece, então, ao leitor uma exposição cuidadosa da instrução ao sócia e da autoconfrontação cruzada,

dois dos principais métodos que vêm sendo adotados e desenvolvidos por sua equipe no Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM). Assim, nos quatro capítulos que compõem essa parte, ilustra com detalhes o uso que tem sido feito desses instrumentos, possibilitando também uma avaliação de sua eficácia.

Na conclusão da obra, um dos aspectos centrais tratados por Clot concerne aos possíveis usos do termo “ofício” no âmbito da Psicologia do Trabalho. Como esse termo tem persistido no vocabulário cotidiano dos trabalhadores franceses, ele decidiu buscar suas raízes etimológicas, concluindo que seu uso atual não pode ser remetido ao sentido a ele atribuído pelos operários do período pré-taylorista ou mesmo pelas corporações artesanais, embora considere que sua permanência em um contexto tão diferente daquele que o originou ultrapasse o simples efeito de uma espécie de “inércia” da linguagem. Assim, percebe que as atividades de serviço – cada vez mais numerosas –, poderiam ajudar a compreender essa persistência do termo, uma vez que dificultam a separação entre trabalho e pensamento. Nesse contexto, continua ele, ocorre a imposição de “uma responsabilidade renovada quanto ao ‘objeto’ e, por isso, a definição das tarefas é influenciada, mais do que em outras circunstâncias, por avaliações conflitantes” (p. 282). Além disso, é no setor de serviços que o “objeto” de trabalho se torna “sujeito”, acarretando problemas de consciência e colocando no seu centro as questões relativas às finalidades assim como à qualidade daquilo que se realiza, levando o sujeito a enfrentar dilemas relativos ao “justo” e ao “injusto”, ao “verdadeiro” e ao “falso” ou mesmo entre o “bem” e o “mal”. Todos esses elementos que compõem a atividade é que, segundo nosso autor, parecem ter feito ressurgir o termo “ofício” “na linguagem dos profissionais dos serviços”.

No entanto, ele não deixa de reconhecer também certa “inflação” no uso do termo “ofício” em outros setores, tornando necessário compreender melhor as razões pelas quais “seu sentido psicológico parece se ampliar enquanto seu significado sociológico parece se apagar” (p. 283). A busca por uma resposta a essa questão o levou

a desenvolver uma importante discussão em torno do problema do reconhecimento, estabelecendo um debate com a Psicodinâmica do Trabalho. Coerente com sua proposta de trazer a controvérsia para o espaço público, ele não se furtou a tal debate, trazendo uma perspectiva diferente para se pensar o problema. Esta consiste em retirar o foco do reconhecimento da hierarquia ou dos pares, conforme preconiza a Psicodinâmica do Trabalho, passando a focalizar a impossibilidade em que muitos se encontram hoje de se reconhecerem naquilo que fazem. Ou seja, segundo ele, é pelo fato de não mais se reconhecerem no ofício que realizam que muitos profissionais “solicitam, de forma tão maciça, ‘ser reconhecidos’” (p. 286). E mais do que isso, ao se voltarem para a hierarquia buscando uma “reparação imaginária”, na verdade, esses profissionais estão denunciando algo que, infelizmente, está muito comum nos contextos contemporâneos de trabalho: o enfraquecimento do coletivo de trabalho, agora reduzido a “uma reunião de indivíduos expostos ao isolamento” (p. 287). Dessa forma, o reconhecimento pelo outro pode “se tornar uma compensação factícia exatamente no lugar em que havia desaparecido a possibilidade de se reconhecer em *algo*” (p. 300). É isso que o permite concluir que a demanda insistente pelo reconhecimento do outro ocorre entre aqueles que se encontram impedidos de se reconhecerem naquilo que fazem, isto é, aqueles que veem seu ofício sendo maltratado.

Nenhuma disciplina esgota seu objeto nem está isenta de lacunas e a Clínica da Atividade não foge a essa regra. Sendo assim, ao finalizar a leitura de “Trabalho e poder de agir”, o leitor provavelmente terá muitas questões ainda sem respostas. Mas é bastante improvável que isso o impeça de constatar o crescimento considerável dessa disciplina no decorrer dos últimos anos. Os textos criteriosamente escolhidos por Y. Clot para compor essa coletânea revelam não apenas esse crescimento, mas permitem antever novos e promissores desdobramentos para um campo que necessita cada vez mais de teóricos com essa capacidade de identificar no trabalho possibilidades de desenvolvimento e de ampliação do poder de agir dos indivíduos.

Maria Elizabeth Antunes Lima

Professora Associada do Departamento de
Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail:

antuneslima15@gmail.com

Influência da posição ortostática na ocorrência de sintomas e sinais clínicos de venopatias de membros inferiores em trabalhadores de uma gráfica na cidade do Recife-PE*

Flávia de Araújo Berenguer¹
Dayse de Amorim Lins e Silva²
Celina Cordeiro de Carvalho³

Influence of orthostatic posture in the occurrence of clinical symptoms and signs of lower limb venopathy in workers of a printing company in Recife, Pernambuco, Brazil

¹ Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia do Trabalho com Ênfase em Ergonomia, Especialista em Fisioterapia Vascular, Professora da Faculdade Maurício de Nassau, Recife, PE, Brasil.

² Fisioterapeuta, Mestre em Biofísica, Professora da Faculdade Integrada do Recife, Recife, PE, Brasil.

³ Fisioterapeuta, Doutora em Neurociências pela Universidade Federal de Pernambuco, Professora da Faculdade Integrada do Recife, Recife, PE, Brasil.

* Artigo baseado no trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Fisioterapia do Trabalho de Flávia de Araújo Berenguer, apresentado em 2008 à Faculdade Redentor, Rio de Janeiro, RJ.

Contato:

Flávia de Araújo Berenguer
Estrada das Ubaias, nº 75 apt. 401
CEP: 52070-013 – Recife-PE

E-mail:

flavia_berenguer@yahoo.com.br

Resumo

Embora ainda não haja evidência da relação direta causa-efeito da doença venosa com o trabalho, existe consenso atual na opinião médica de que a postura de trabalho pode agravar o desenvolvimento da mesma. O presente estudo teve como objetivo avaliar a influência da permanência prolongada na postura ortostática com o desencadeamento e/ou agravamento de sinais e sintomas referentes aos transtornos venosos de membros inferiores em funcionários de uma gráfica em Recife, entre maio e julho de 2008. Foram analisadas as condições e os meios que são colocados à disposição do trabalhador para desenvolver sua atividade laboral. Os funcionários responderam a um questionário onde foram abordadas questões referentes aos transtornos circulatórios de membros inferiores com queixas ao longo do dia e no final do expediente de trabalho. Também foi realizada a perimetria dos membros inferiores antes e após a jornada de trabalho. Foi observada a presença de varizes em 64% dos funcionários e o aumento das medidas de perimetria em todos os funcionários após a jornada de trabalho. Dentre as queixas relatadas, destaca-se a sensação de peso e cansaço, dores, câimbras e presença de edema nos membros inferiores. Os resultados indicam uma associação positiva entre as condições de trabalho no setor investigado e o surgimento ou agravamento de sinais e sintomas referentes aos transtornos venosos nos membros inferiores nos funcionários.

Palavras-chaves: doenças ocupacionais; insuficiência venosa; ambiente de trabalho.

Abstract

Although there is no evidence of direct causal relationship between venous disease and work, currently there is consensus of medical opinion that posture at work can aggravate this type of disease. The purpose of this study was to evaluate the influence of prolonged orthostatic posture in the onset and/or worsening of signs and symptoms related to lower limb venous disorders among employees of a printing company in Recife, between May and July 2008. We analyzed the conditions and means made available for employees to perform their labor activities. They answered a questionnaire with questions related to lower limb circulatory disorders, reporting complaints throughout and at the end of working day. Lower limbs perimetry was tested before and after work. Sixty-four per cent of workers had varicose veins and increased perimetry measures after their working hours. Reported complaints included feeling heavy, fatigue, pains, cramps, and lower limb edema. The results indicated a positive association between working conditions at the investigated company and emerging or worsening of signs and symptoms related to venous disorders in lower limbs of its employees.

Keywords: occupational diseases; venous insufficiency; work environment.

Recebido: 25/03/2010

Revisado: 11/12/2010

Aprovado: 23/12/2010

Introdução

O estudo das condições de saúde e trabalho de grupos ocupacionais permite caracterizar os processos laborais e descrever o perfil de adoecimento dos trabalhadores, avaliando possíveis associações entre ocupação e saúde (ARAÚJO et al., 2005). A literatura sugere que muitos problemas de saúde ocupacional estão associados com a permanência da postura em pé e inúmeras são as situações de trabalho que requerem a manutenção desta postura por um longo período de tempo, sendo adotada em vários postos de trabalho da indústria e do comércio (GRANDJEAN, 1998; RENNER, 2002; JORGE, 2003; JÚNIOR, 2004; GUIMARÃES, 2006; LUZ, 2006).

A postura parada em pé exige o trabalho estático da musculatura envolvida para manutenção dessa posição, provocando facilmente a fadiga muscular (GUIMARÃES, 2006). Autores como Renner (2002), Jorge (2003) e Júnior (2004) sugerem que a postura em pé, além de ser causa direta de fadiga, também é causa de dores e desconfortos nas costas e nos membros inferiores. A fadiga e o desconforto, mesmo que não levem a uma incapacidade, podem diminuir a resistência dos trabalhadores, levando-os a adquirir doenças e até mesmo sintomas de origem ocupacional, como varicoses (ZHANG; DRURY; WOLLEY, 1991).

Para a manutenção da postura estática em pé, são necessários níveis baixos, porém constantes, de tensão muscular, e esse estado prolongado de contração provoca uma compressão dos vasos sanguíneos (GRANDJEAN, 1998) prejudicando a circulação sanguínea e linfática. Como consequência, pode-se observar o aparecimento de alguns transtornos circulatórios nos membros inferiores, como varizes, edema e celulite (LUZ, 2006). Estes transtornos, além do comprometimento estético e funcional, comumente desencadeiam dores e parestesias, podendo evoluir para a perda parcial ou total da mobilidade dos membros inferiores (LUZ, 2006).

Algumas categorias profissionais são fatores predisponentes para o aparecimento ou a piora da síndrome varicosa, sobretudo aquelas que exigem posição ortostática prolongada (SILVA, 2002).

A doença venosa é um problema de saúde pública importante, pois acomete pessoas de diferentes faixas etárias e pode causar sérios problemas socioeconômicos, como, por exemplo, a inaptidão para o trabalho, pois apresenta uma repercussão indireta sobre a qualidade da produção e consequente perda de eficiência operacional. É responsável por absenteísmos e hospitalizações e até mesmo por aposentadoria de indivíduos na fase produtiva da vida (FRANÇA; TAVARES, 2003; LUZ, 2006).

As venopatias apresentam elevada incidência e prevalência, representam um quadro clínico comum a várias afecções que têm como base o comprometimento crônico do retorno venoso, sendo associadas com varizes, edemas, dores e desconfortos nos membros inferiores (MELLO, 1999; FRANÇA; TAVARES, 2003). O edema é um sinal precoce das venopatias crônicas e uma das formas normalmente utilizadas para sua quantificação é a perimetria, que consiste na

mensuração da circunferência dos membros inferiores (PERRIN; GUEX, 2000).

A manutenção da postura em pé é muitas vezes relacionada a varizes de membros inferiores (MELLO, 1999; LUZ, 2006). Para Renner (2002), o papel da postura durante o trabalho no aumento das varizes é uma questão ainda muito controversa, já para Silva (1999) a circulação venosa periférica é profundamente afetada pela postura. Segundo Monteiro e Bertagni, citados por Luz (2006), embora não haja evidência da relação direta causa-efeito de doença venosa com o trabalho, existe consenso atual na opinião médica de que o trabalho pode agravar seriamente o desenvolvimento da mesma.

Dada a sua importância, e diante da falta de informações mais concretas, faz-se necessária uma caracterização mais específica da relação entre o desenvolvimento ou agravamento de doenças venosas nos membros inferiores e a posição ortostática no trabalho. Dessa forma, este estudo utiliza o enfoque da ergonomia, uma abordagem que analisa a relação entre o homem e o trabalho, para avaliar a influência da permanência prolongada na postura ortostática com o desencadeamento e/ou agravamento de sinais e sintomas referentes aos transtornos venosos de membros inferiores em funcionários que trabalham de pé em uma gráfica na cidade do Recife-PE.

Metodologia

O presente estudo foi desenvolvido com os funcionários do setor de acabamento de uma gráfica da Região Metropolitana do Recife-PE, no período de maio a julho de 2008. Foram convidados a participar da pesquisa aqueles que trabalhavam diariamente no setor de acabamento e que exerciam sua atividade laboral na posição ortostática. Eles também deveriam ter no mínimo um ano de atividade no setor.

Foram considerados como critérios de exclusão os funcionários que trabalhassem em postura predominantemente sentada e as funcionárias que estivessem grávidas. A fim de evitar viés, misturando indivíduos que realizavam tratamento profilático com os que não realizavam, também foram excluídos os funcionários que faziam uso de meia elástica, visto que o estudo tinha o propósito de avaliar as alterações causadas pela postura em pé e não identificar quem já tinha alguma patologia venosa.

Dos 70 funcionários que trabalhavam no setor de acabamento da gráfica estudada, apenas 53 participaram do nosso estudo, pois 17 deles foram excluídos: 2 exerciam sua atividade laboral em posição predominantemente sentada, 8 trabalhavam a menos de um ano no setor, 3 estavam gestantes e 4 faziam uso de meias elásticas.

Foi realizada uma observação direta do trabalho no setor de acabamento da gráfica, onde foram analisadas as condições e os meios colocados à disposição dos trabalhadores para desenvolverem suas atividades laborais que pudessem interferir no desenvolvimento ou agravamento de doenças venosas de membros inferiores.

Os funcionários do setor de acabamento que se dispuseram a participar da pesquisa responderam a um questionário, o qual foi elaborado tendo como base o utilizado por Luz (2006). Foram abordadas questões relacionadas ao estado de saúde geral dos indivíduos, enfatizando as questões referentes aos transtornos circulatórios de membros inferiores (varizes, ocorrência de dor, sensação de peso ou cansaço, câimbras e edema, entre outros) com queixas ao longo do dia e no final do expediente de trabalho. Além disso, foram questionados: idade, sexo, peso, altura, carga horária de trabalho, tempo de serviço no setor e os antecedentes pessoais e familiares do trabalhador, a fim de permitir uma abordagem ampla às condições clínicas, assim como a identificação dos fatores de risco.

Em seguida, os participantes foram submetidos à perimetria dos membros inferiores antes e após a jornada de um dia de trabalho, a qual foi realizada no ambulatório médico da empresa. A perimetria é um método de avaliação facilmente aplicado na clínica, sendo adotada neste estudo por melhor se adequar às condições existentes na empresa avaliada. As mensurações foram realizadas, segundo Perrin e Guex (2000), com o funcionário na posição sentada com as pernas pendentes, em centímetros, e com auxílio de uma fita métrica. Foram estipulados três pontos: circunferência maior da panturrilha, tornozelo e pé, tendo, como ponto de referência, o maléolo lateral. Os pontos foram marcados com auxílio da caneta dermográfica para que as mensurações fossem realizadas exatamente na mesma altura antes e depois da jornada de trabalho e assim ter um valor comparativo.

Os resultados são apresentados sob a forma de média \pm desvio padrão (DP) para as variáveis com distribuição normal. A normalidade e a homogeneidade dos valores mensurados foram determinadas pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e Levene, respectivamente. Para as comparações entre as avaliações do mesmo grupo foi utilizado o teste *t-student* para amostra pareada e, para comparar cada avaliação entre os grupos, o teste *t-student* para amostras independentes. O nível de significância adotado foi de 5%, sendo os dados analisados através do programa estatístico SPSS para Windows versão 16.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães – Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, com parecer nº 262/2008. Todos os voluntários foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido conforme as normas para pesquisa envolvendo seres humanos, resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Foram avaliadas 53 funcionárias do setor de acabamento da gráfica estudada que trabalhavam de segunda a sábado divididas em dois turnos de trabalho: das 6 horas às 14 horas e das 14 horas às 22 horas.

Durante todo o ano, há um controle rígido da produtividade na gráfica, no entanto, nos meses que antecedem o período escolar (setembro a fevereiro), a

demanda da produção é muito maior e as funcionárias são submetidas a um aumento da carga horária diária (hora extra), chegando a trabalhar algumas vezes de domingo a domingo. Dentro da sistemática organizacional da empresa, as trabalhadoras fazem algumas pausas já prescritas: diariamente, há uma pausa para o lanche e uma para o almoço/jantar e, duas vezes na semana, fazem pausa para a ginástica laboral.

O trabalho realizado no setor de acabamento é exclusivamente manual, no entanto, as funcionárias passam em média 6 horas na posição ortostática desenvolvendo suas atividades laborais, pois neste setor os postos de trabalho não são adaptados para alternância de postura nem apresentam assentos para descanso. Foi observado que na parte inferior da bancada de trabalho existe uma estrutura metálica, onde, eventualmente, as funcionárias apoiam um dos pés para aliviar o desconforto nos membros inferiores.

Sobre as características da amostra, todos os participantes do estudo eram do sexo feminino, com idade média de 29,2 anos ($\pm 5,33$), e apresentavam, em média, 4,47 anos ($\pm 2,36$) de tempo de serviço no setor. Nenhuma referiu outro vínculo empregatício, no entanto, todas relataram que executam atividades domésticas diariamente em suas residências. Ao responderem o questionário, nenhuma funcionária relatou ser diabética, no entanto, 2 alegaram hipertensão arterial; 34, varizes de membros inferiores; e 9 relataram outras doenças. Do total de funcionárias investigadas, apenas 12 faziam uso de medicamentos regularmente, sendo 2 de anti-hipertensivos e 10 de contraceptivos orais. Apenas 12 funcionárias nunca ficaram grávidas, no entanto, 10 tiveram apenas uma gestação, 23, duas gestações e 8 mais de três gestações. Em relação aos hábitos de vida, apenas 3 funcionárias praticavam atividades físicas regulares, 4 eram fumantes e 3 ex-fumantes, 16 relataram etilismo e 11 faziam uma dieta balanceada. Em relação ao índice de massa corpórea (IMC), apenas 28 das funcionárias participantes do estudo apresentaram peso normal (**Tabela 1**).

A postura predominante de trabalho considerada por todas as funcionárias foi a parada em pé (ortostática). O carregamento de peso também foi relatado como uma constante por todas as funcionárias, destacando-se o levantamento e o transporte manual dos livros dos paletes para a bancada de trabalho, e vice-versa. O apoio de peso predominante no membro inferior direito foi relatado por 5 funcionárias (9,43%), no membro inferior esquerdo por 3 (5,66%) e alternando entre os dois por 45 funcionárias (84,91%).

Em relação às doenças venosas, 34 funcionárias (64,15%) relataram presença de varizes nos membros inferiores, destas, 14 apresentavam antecedentes familiares. Nenhuma das funcionárias alegou ter feito tratamento específico para venopatias. Com relação às questões objetivas específicas, quanto à ocorrência de queixas relacionadas aos transtornos circulatórios de membros inferiores, os dados referentes podem ser visualizados na **Tabela 2**.

Tabela 1 Índice de massa corpórea (IMC) das funcionárias incluídas no estudo

<i>IMC</i>	<i>nº de funcionários</i>	<i>%</i>
Baixo peso	4	8
Normal	28	53
Sobrepeso	19	36
Obeso	2	4
Obeso grave	0	0
Obeso mórbido	0	0

Tabela 2 Queixas referidas pelas funcionárias incluídas no estudo relacionadas aos transtornos circulatórios nos membros inferiores

<i>Relatos</i>	<i>nº de funcionários</i>
Sensação de peso ou cansaço nas pernas	
com frequência	39
algumas vezes	5
não ocorria	9
Sensação de inchaço	
com frequência	29
algumas vezes	11
não ocorria	13
Dores ou câimbras	
com frequência	21
algumas vezes	22
não ocorria	10
Elevação das pernas em casa	
com frequência	4
algumas vezes	22
não ocorria	27

Das 53 funcionárias avaliadas, 49 (92,45%) consideraram que suas queixas aumentam no decorrer do dia e apenas 4 (7,54%) afirmaram que as mesmas não se alteram. Quando perguntadas se o fato de caminhar alterava essas queixas, 40 (75,47%) disseram que diminuía, 5 (9,43%) que aumentavam e 8 (15,1%) que não fazia diferença. Porém, todas foram unânimes em afirmar que permanecer na postura parada em pé, por períodos de tempo maiores, piorava os desconfortos relatados.

Todas as funcionárias, sem exceção, referiram acreditar que existe uma relação direta entre as queixas relatadas e as condições que executam o seu trabalho no setor de acabamento da gráfica. Apenas três funcionárias rela-

taram apresentar as mesmas queixas (sensação de peso, cansaço, inchaço, dores ou câimbras) nos dias de folga.

A avaliação através da perimetria mostrou que houve variação na circunferência de ambos os membros inferiores, em um dia de trabalho, em todas as funcionárias avaliadas, as quais foram mensuradas no início e ao término da jornada de trabalho (**Tabela 3**), principalmente na região do tornozelo, onde a diferença média da circunferência antes e após o trabalho foi de 0,3cm. No entanto, não houve diferença ao comparar as variações das medidas de perimetria entre as medidas dos segmentos dos membros inferiores direito e esquerdo, tanto antes como após a jornada de trabalho (**Tabela 4**).

Tabela 3 Comparação das medidas (média \pm desvio padrão) de perimetria (cm) em cada segmento de membro inferior direito (MID) e esquerdo (MIE), antes e após a jornada de trabalho (n= 53)

	Região	Antes (cm)	Após (cm)	p valor*
MID	Panturrilha	32,6 \pm 1,8	32,8 \pm 1,9	0,000
	Tornozelo	21,4 \pm 1,6	21,7 \pm 1,7	0,000
	Pé	20,2 \pm 1,3	20,4 \pm 1,3	0,000
MIE	Panturrilha	32,6 \pm 1,8	32,6 \pm 2,1	1,0
	Tornozelo	21,3 \pm 1,6	21,6 \pm 1,7	0,000
	Pé	20,2 \pm 1,3	20,4 \pm 1,3	0,000

* teste t-student para amostra pareada

Tabela 4 Comparação das medidas (média \pm desvio padrão) de perimetria (cm) entre segmentos do membro inferior direito (MID) e esquerdo (MIE), antes e após a jornada de trabalho (n= 53)

Região	Antes			Após		
	MID (cm)	MIE (cm)	p valor	MID (cm)	MIE (cm)	p valor*
Panturrilha	32,6 \pm 1,8	32,6 \pm 1,8	0,942	32,8 \pm 1,9	32,6 \pm 2,1	0,630
Tornozelo	21,4 \pm 1,6	21,3 \pm 1,6	0,906	21,7 \pm 1,7	21,6 \pm 1,7	0,816
Pé	20,2 \pm 1,3	20,2 \pm 1,3	0,916	20,4 \pm 1,3	20,4 \pm 1,3	0,839

* teste t-student para amostra pareada

Discussão

Muitas situações de trabalho requerem a manutenção da postura em pé por um longo período de tempo (JORGE, 2003). Segundo Brasil (2002), a escolha desta postura só se justifica quando a tarefa exige deslocamentos contínuos, manipulação de cargas pesadas, alcances amplos frequentes, mudanças constantes de postos de trabalho e/ou aplicação de força para baixo. Essas condições de trabalho não foram observadas no setor de acabamento da gráfica, onde foi realizado o estudo, no entanto, as funcionárias passam, em média, 6 horas em ortostatismo desenvolvendo suas atividades laborais.

Segundo Ryan (1989), citado por Hansen, Winkel e Jorgensen (1998), a manutenção da postura em pé por 45% a 50% da carga horária de trabalho é suficiente para causar sintomas regulares de dores nas pernas e nos pés. No presente estudo, foi evidenciado que o tempo médio de permanência nessa postura era de 6 horas, correspondendo a 75% da carga horária diária de trabalho, e, corroborando com os autores citados, este valor representa um risco para o desenvolvimento de dor e desconforto nos membros inferiores, fato este confirmado com as respostas das funcionárias ao questionário.

A situação de trabalho analisada neste estudo expõe as funcionárias a uma jornada de trabalho extensa e com tempo reduzido de descanso; fatores estes que podem ter contribuído para o aparecimento e o agravamento da sintomatologia referentes a transtornos venosos de membros inferiores das funcionárias avaliadas, independentemente dos fatores de risco associados. Este achado está de acordo com Luz (2006), a qual considera que a manutenção na posição em pé, mantida por uma longa jornada de trabalho diária, pode desencadear vários problemas de saúde aos trabalhadores, entre os quais estão o maior desgaste físico e as queixas relacionadas aos transtornos circulatórios de membros inferiores, como dores, edema, sensação de peso, parestesia e câimbras.

A manutenção da postura em pé imóvel apresenta várias desvantagens como: fadiga, dor, desconforto, tensão muscular e tendência à acumulação do sangue nas pernas, o que predispõe ao aparecimento de insuficiência valvular venosa nos membros inferiores, resultando em varizes e sensação de peso nas pernas (BRASIL, 2002). No presente estudo foi verificado que, das 53 funcionárias avaliadas, 39 (73,58%) queixavam-se frequentemente de sensação de peso nas pernas, 21 (39,62%), de dor e 29 (54,71%), de sensação de inchaço nas pernas (edema), além disso, 34 (64,15%) apresentavam varizes. Resultados estes que corroboram Luz

(2006), que realizou um estudo similar com 14 cozinheiras industriais e evidenciou que 92,85% relataram sensação de peso e dor nas pernas, 71,42%, inchaço e 78,57% apresentavam varizes.

Segundo Pitta, Fonseca e Santos (2003), as varizes apresentam uma prevalência aproximada de 37,9% na população geral. Maffei e colaboradores (1986), citados por Silva (2002), também estimaram uma prevalência de varizes de 35,5% ao realizarem um estudo epidemiológico de alterações venosas de membros inferiores da população de Botucatu-SP. No presente estudo, foi verificado que 64,15% das funcionárias apresentavam varizes de membros inferiores, o que leva a crer que a postura ortostática adotada durante a atividade laboral pode ter influenciado no aumento dessa prevalência. Além disso, acrescenta-se o fato de que a média de idade das funcionárias avaliadas foi de 29,2 anos e, segundo Azizi (2001) e Silva (2002), a incidência de varizes é mais alta a partir da terceira década de vida.

As funcionárias participantes deste estudo trabalham em um setor onde há um controle rígido da produtividade durante todo o ano, o qual aumenta quando a demanda da produção é maior, sendo as funcionárias submetidas a horas extras, permanecendo mais tempo no local de trabalho e aumentando ainda mais o tempo de exposição à carga estática. Para Dejours (1992) e Jorge (2003), muitas vezes a rigidez operativa de trabalho com contratemplos organizacionais levam ao excesso de carga física e psicológica, principalmente em uma atividade profissional onde são exigidas do trabalhador metas de produção, tornando-o mais suscetível a doenças. Fato este confirmado neste estudo, em que as funcionárias foram unânimes em afirmar que permanecer na postura parada em pé por períodos de tempo maiores, como ocorre quando são submetidas a horas extras, piora os desconfortos relatados.

Algumas categorias profissionais são consideradas como fatores predisponentes para o aparecimento, ou a piora, da doença venosa, sobretudo aquelas que exigem o uso da posição ortostática prolongada (SILVA, 2002), como é o caso da situação de trabalho avaliada neste estudo. A profissão é um dado importante a se considerar, no entanto, não se podem desconsiderar os fatores de riscos associados à postura de trabalho, como a hereditariedade, a idade, o sexo, o número de gestações, a obesidade, a dieta, as patologias associadas, o uso de determinados medicamentos, o sedentarismo, entre outros (PARISELLE et al., 1992; KRIJNEN et al., 1997; BAREL; MATSUI, 1997; MELLO, 1999; SILVA, 2002).

Pariselle et al. (1992), ao analisar 2.985 prontuários de trabalhadores parisienses de diferentes categorias profissionais, não evidenciaram relação direta entre os sinais clínicos de doença venosa considerando os antecedentes familiares e a postura adotada durante a atividade laboral. No presente estudo, das 34 funcionárias que relataram presença de varizes nos membros inferiores, apenas 42% apresentavam antecedentes familiares, desta forma, corroborando a pesquisa de Pariselle (1992), a hereditariedade não apresentou relação direta para a ocorrência de sinais clínicos de venopatia.

Para Allaert, Levarde e Vin (1991), vários fatores podem favorecer a doença venosa quando associados ao sobrepeso e à obesidade, como o sedentarismo e o número de paridades. Das 53 funcionárias avaliadas no presente estudo, 21 apresentaram IMC acima do normal; destas, apenas 2 nunca tiveram filhos e nenhuma delas praticava atividades físicas regulares. Dentro do contexto analisado, estes achados podem potencializar vários outros elementos que favorecem a doença venosa, como a própria manutenção da postura em pé.

O número de gestações também apresenta influência no surgimento ou agravamento de doenças venosas (ALLAERT; LEVARDON; VIN, 1991; KRIJNEN et al., 1997; MELLO, 1999; SILVA, 2002). A hipótese é de que a gravidez acarrete alterações hormonais, aumento de volume sanguíneo e obstrução do retorno venoso, constituindo algumas possíveis causas de desencadeamento da doença (KRIJNEN et al., 1997). Foi observado que 41 das funcionárias (77,35%) avaliadas já tiveram gestações, o que pode ter influenciado no número de queixas relativas ao sistema venoso. No entanto, as funcionárias avaliadas que nunca ficaram grávidas também se queixaram de dores, edema, câimbras, sensação de peso e cansaço nos membros inferiores, fatores estes que apresentam maior relação com as condições de trabalho.

Segundo Pariselle et al. (1992) e Krijnen et al. (1997), a utilização de hormônios exógenos tem relação direta com a etiopatogenia das varizes primárias. No entanto, das 10 funcionárias avaliadas que faziam uso de contraceptivo oral, apenas 4 relataram presença de microvarizes, dessa forma não se pode considerar a utilização de hormônios como fator isolado para a ocorrência de varizes, visto que, de acordo com os autores citados, teoricamente, todas as 10 funcionárias deveriam apresentar queixas de se varizes. Dessa forma, percebe-se a importância de se associar a postura de trabalho com os outros fatores de risco.

Quanto ao sexo, segundo Silva (2002), a maior incidência das varizes é entre as mulheres devido aos fatores hormonais. No entanto, não foi possível confirmar este fato, pois a população do presente estudo era formada apenas por mulheres.

As queixas das funcionárias avaliadas com relação às doenças venosas foram descritas como sensação de peso e cansaço (83%), edema (75,47%), dor e câimbras nas pernas (81,13%), as quais aumentam ao longo do dia, especialmente após a permanência prolongada da postura em pé. Estes achados são semelhantes aos referidos por Luz (2006), em seu estudo com cozinheiras, no qual 92% queixaram-se de sensação de peso e cansaço, dor e câimbra e 71,42% de presença de edema.

Segundo Mello (1999), quando o indivíduo fica muito tempo em pé, parado, os sintomas tendem a se agravar, este fato também foi observado neste estudo, em que 49 das funcionárias avaliadas (92,45%) consideram que suas queixas aumentam no decorrer do dia. Luz (2006) relata em seu estudo que 92,85% também se queixavam do aumento dos sintomas quando passavam muito tempo em pé.

Os sintomas nos membros inferiores em geral são aliviados após repouso com os membros elevados (MELLO, 1999; CRAAGER; DZAU, 2002). Apesar das funcionárias avaliadas possuírem este conhecimento, apenas quatro delas (7,54%) costumam fazer com frequência tal repouso quando chegam em casa, isto se deve ao fato das funcionárias realizarem uma dupla jornada de trabalho (atividades domésticas).

Segundo Thomas (1997), o desconforto causado pela insuficiência venosa tende a melhorar com a deambulação, fato este observado neste estudo quando foi perguntado se o fato de caminhar alterava suas queixas: 40 das funcionárias (75,47%) disseram que diminuía. Silva (1999) explica que, durante a deambulação, as válvulas venosas dos membros inferiores operam em associação com a contração muscular, de modo que o sangue movimentar-se em direção centrípeta, impellido pela contração muscular, o que facilita o retorno venoso e a consequente diminuição dos sintomas.

Quando o indivíduo se coloca na posição ortostática, há uma contração mantida da musculatura envolvida (GUIMARÃES, 2006) e, segundo Harbush *apud* Baú (2002), durante a contração estática, o músculo enrijece e a pressão intramuscular diminui efetivamente o diâmetro dos pequenos vasos, principalmente das vênulas, o que prejudica a pressão sanguínea dos músculos em questão. Desse modo, o retorno venoso das extremidades é prejudicado, pois depende do fechamento e da abertura das válvulas venosas, que só ocorrem quando os músculos acham-se ritmicamente se contraindo e relaxando. Esse prejuízo do retorno venoso provoca a formação de edema.

A presença de edema, após a jornada de trabalho, foi relatada por 40 (75,47%) das funcionárias, no entanto, foi verificado, através da perimetria antes de iniciar a jornada de trabalho, quando o edema ainda não estava presente, e após o seu término, uma variação na circunferência dos membros inferiores em todas as funcionárias avaliadas. Estes resultados estão de acordo com o estudo de Belczak et al. (2004), segundo o qual a perimetria dos membros inferiores também se mostrou aumentada ao final da jornada de trabalho. No entanto, o autor encontrou uma maior variação de circunferência na região da panturrilha direita, ao passo que, no presente estudo, a maior variação média da medida de perimetria se deu na região do tornozelo bilateralmente, não havendo diferença estatística quando comparados os dois membros. Esta diferença entre os dois estudos pode se dar pelo fato de Belczak et al. (2004) terem observado várias categorias profissionais diferentes – e sabe-se que a atividade laboral constitui um dado importante a ser considerado (SILVA, 2002). Além disso, foi evidenciado que a maioria (84,91%)

das funcionárias do setor de acabamento realizavam transferência de peso constante para alívio do desconforto nos membros inferiores, dividindo a sobrecarga estática para os dois membros.

A primeira manifestação objetiva da estase venosa nos membros inferiores é o edema, que na fase inicial aparece na metade do dia, apresentando-se de forma mais marcante ao anoitecer (MELLO, 1999). A topografia típica do edema da insuficiência venosa é na perna, predominando no terço inferior (MELLO, 1999; CRAAGER; DZAU, 2002). O edema aumenta progressivamente durante o dia, no pé e na região maleolar (BAREL; MATSUI, 1997; CRAAGER; DZAU, 2002). Fato este também observado neste estudo, onde o edema foi evidenciado principalmente na região do tornozelo.

Ziegler et al. (2003) classificaram a predisposição genética, o sexo feminino, a obesidade e as múltiplas gestações como fatores de risco primários para o desenvolvimento ou o agravamento das doenças venosas de membros inferiores, e as condições do ambiente de trabalho (como o ortostatismo prolongado) como fatores de risco secundários. Já para Sobaszek et al. (1996), os fatores de risco profissionais foram mais determinantes quando comparados com os fatores de risco pessoais. Em relação às disfunções circulatórias observadas no presente estudo, a ocorrência de edema e demais sintomas da doença venosa de membros inferiores parece estar relacionada com as condições de trabalho apresentadas.

Os resultados obtidos neste estudo sugerem que a permanência prolongada na postura ortostática pode ter influência no desencadeamento e/ou no agravamento de sinais e sintomas referentes aos transtornos circulatórios (varizes, ocorrência de dor, sensação de peso ou cansaço, câimbras e edema, entre outros) nos membros inferiores, embora a medição dos perímetros não tenha sido sensível para detectar alterações de volume dos membros inferiores ao final das jornadas de trabalho. Contudo, para minimizar a incidência dos sintomas de origem circulatória nos membros inferiores em atividades laborais que exijam a postura ortostática, sugere-se que o posto de trabalho seja adaptado para alternância de posturas e que sejam fornecidas, como equipamento de proteção individual (EPI), meias de compressão elásticas. No entanto, não se pode deixar de ressaltar a importância e a possibilidade de aprofundamento do tema, o que poderia evoluir para o estabelecimento de um protocolo de prevenção e tratamento de doenças venosas em função de atividades laborais realizadas em postos de trabalho que exigem a posição ortostática mantida.

Contribuições de autoria

Berenguer, F. A.: responsável pelo conteúdo intelectual e científico do artigo, pela aquisição e interpretação dos dados e pela redação do manuscrito. Silva, D. A. L.: responsável pela revisão crítica e pela análise estatística. Carvalho, C. C.: responsável pela concepção, pelo delineamento do estudo e pela revisão crítica.

Referências

- ALLAERT, F. A.; LEVARDON, M.; VIN, F. Influence de l'obésité sur la maladie veineuse: étude des facteurs concomitants. *Phlébologie*, Paris, v. 44, n. 2, p. 271-280, 1991.
- ARAÚJO, T. M. et al. Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 29, n. 1, p. 6-21, 2005.
- AZIZI, M. A. A. *Morfometria das fibras elásticas em colaterais varicosas do sistema de veias safenas*. Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.sbacvrj.com.br/paginas/revistas/pdf/2002/01/mor-fibras-elasticas.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2008.
- BAREL, E. V.; MATSUI, I. A. Hipertensão venosa crônica. In: LANE, J. C.; BELLEN, B. V. *O exame do paciente vascular*. São Paulo: Byk, 1997. p. 147-152.
- BAÚ, L. M. S. Fisioterapia do trabalho: ergonomia, legislação, reabilitação. Curitiba: Cláudio Silva, 2002.
- BELCZAK, C. E. Q. et al. Influência da atividade diária na volumetria dos membros inferiores medida por perimetria e pela plestimografia de água. *Jornal Vascular Brasileiro*, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 304-310, 2004.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. *Manual de aplicação da Norma Regulamentadora nº 17*. 2. ed. Brasília: MTE, SIT, 2002.
- CRAAGER, M. A.; DZAU, V. J. Doenças vasculares dos membros. In: BRAUNWALD E. et al. *Harisson: medicina interna*. 15. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002. v. 1, p. 1516-1524.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho*. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.
- FRANÇA, L. H. G.; TAVARES, V. Insuficiência venosa crônica: uma atualização. *Jornal Vascular Brasileiro*, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 319-328, 2003.
- GRANDJEAN, E. *Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- GUIMARÃES, L. B. M. Avaliação do Trabalho Físico. In: GUIMARÃES, L. B. M. *Ergonomia de produto: antropometria, fisiologia e biomecânica*. 5. ed. Porto Alegre: FEENG, 2006. v. 1.
- HANSEN, L.; WINKEL, J.; JORGENSEN, K. Significance of mat and shoe softness during prolonged work in upright position: based on measurements of low back muscle EMG, foot volume changes, discomfort and ground force reactions. *Applied Ergonomics*, United Kingdom, v. 29, p. 217-224, 1998.
- JORGE, M. C. T. C. *A Postura de trabalho em pé: um estudo de trabalhadores lojistas*. 2003. 178 f. Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)-Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
- JÚNIOR, S. V. *Comparação da carga postural dos trabalhadores de duas ilhas de atendimento de uma loja de departamento*. 2004. 91 f. Porto Alegre. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)-Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
- KRIJNEN, R. M. A. et al. Venous insufficiency in male workers with a standing profession. Part 1. *Dermatology*, v. 194, p. 111-120, 1997.
- LUZ, C. M. *O trabalho na produção de refeição e as doenças venosas de membros inferiores*. 2006. 235 f. Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Nutrição)-Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- MELLO, N. A. Síndrome da insuficiência venosa crônica. In: MELLO, N. A. *Síndromes vasculares*. São Paulo: Byk, 1999. p. 210-233.
- PARISELLE, E. et al. Etude épidémiologique des troubles veineux des membres inférieurs selon la posture de travail: a propos de 2.985 dossiers. *Archives des Maladies Professionnelles*, v. 54, p. 60-61, Mar. 1992.
- PERRIN, M.; GUEX, J. J. Edema and leg volume: methods of assessment. *Angiology*. n. 51, p. 9-12, 2000.
- PITTA, G. B. B.; FONSECA, F. P.; SANTOS, A. D. Varizes do membro inferiores. In: _____. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Maceió: Uncisal/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em: <<http://www.lava.med.br/livro>>. Acesso em: 20 jan. 2008.
- RENNER, J. S. *Custos posturais no posicionamento em pé, em pé/sentado e sentado nos postos de trabalho de costura na indústria calçadista*. 2002. Porto Alegre. 128 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)-Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- SILVA, M. J. C. Insuficiência venosa crônica: diagnóstico e tratamento clínico. In: MAFFEI, F. H. A. et al. *Doenças vasculares periféricas*. 2. ed., v. 2. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. p. 1591-1601.
- SILVA, M. R. Retorno venoso e débito cardíaco. In: AIRES, M. M. *Fisiologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 422-433.

SOBASZEK, A. et al. Insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs en entreprise: enquête réalisée auprès de trois populations de salariés français. *Archives des Maladies Professionnelles*, v. 57, n. 3, p. 157-167, 1996.

THOMAZ, J. B. Propedêutica venosa não invasiva e invasiva. In: THOMAZ, J. B.; HERDY, C. D. C. *Fundamentos da cirurgia vascular e angiologia*. São Paulo: Byk, 1997. p. 48-75.

ZHANG, L.; DRURY, C. G.; WOLLEY, S. M. Constrained standing: evaluating the foot/floor interface. *Ergonomics*, United Kingdom, v. 34, n. 2, p. 175-192, 1991.

ZIEGLER, S. et al. High prevalence of chronic venous disease in hospital employees. *Wiener Klinische Wochenschrift*, v. 115, n. 15-16, p. 575-579, Sep. 2003.

Participação nos lucros ou resultados e banco de horas: intensidade do trabalho e desgaste operário

José Augusto Pina¹
Eduardo Navarro Stotz²

Profit sharing and flexible working hours: intense workload and worker's wearing down

¹ Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, Brasil.

² Departamento de Endemias Samuel Pessoa (DENSP), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, Brasil.

Contato:

José Augusto Pina
Avenida Leopoldo Bulhões, 1480
Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ
CEP 21041-210

E-mail:

augusto@ensp.fiocruz.br

Resumo

Introdução: As transformações operadas no processo de trabalho na indústria automobilística no Brasil desde os anos 1990 apontam para o fortalecimento da gestão da força de trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores. **Objetivos:** Discutem-se dois elementos da gestão: a participação nos lucros ou resultados (PLR) e o banco de horas (BH) e assinala-se a relação de ambos com a intensidade do trabalho e o desgaste operário. **Métodos:** Apóia-se em revisão bibliográfica e em análise dos acordos coletivos dos metalúrgicos do ABC-SP, entre 2001 e 2008. **Resultados:** A análise realizada mostrou que a reorganização do tempo de trabalho, o prolongamento da jornada e a manutenção do elevado grau de intensidade do trabalho ocasionados pelo BH e as metas vinculadas à PLR exercem pressão sobre o trabalhador para o aumento quantitativo e qualitativo do trabalho, evidenciando que esses instrumentos gerenciais propiciam a intensificação do trabalho e o desgaste operário. Também afetam drasticamente o tempo de não trabalho fora da jornada, inclusive prejudicando a reposição e o desenvolvimento da capacidade biopsíquica do trabalhador. **Conclusão:** A PLR e o BH podem ser caracterizados como uma forma de administração por estresse que eleva e potencializa as cargas de trabalho e o desgaste operário.

Palavras-chaves: saúde do trabalhador; participação nos lucros ou resultados; banco de horas; desgaste operário; intensidade e prolongamento do trabalho.

Abstract

Introduction: Changes introduced in Brazilian automotive industry working process since the 1990s have increased the weight of workforce management as determinant of workers' health. **Background:** This article discusses two elements of management: profit or result sharing (PRS) and flexible working hours (FWH), drawing attention to the relationship between these two aspects and work intensity as well as workers' wearing down. **Method:** Literature review and analysis of collective agreements negotiated by the metalworkers' union in ABC-SP (Santo Andre, São Bernardo and São Caetano – three industrial centers in São Paulo metropolitan area), between 2001 and 2008. **Results:** The analysis showed that reorganization and lengthening of working time as well as high work intensity, both resulting from PRS goal achievement process and FWH, push workers towards qualitative and quantitative increase of their work, evidencing that these managerial tools cause work intensification and workers' wearing down. Time off work is also affected, hindering workers' recovery and biopsychic ability development as well. **Conclusion:** PRS and FWH can be characterized as models of management by stress, which increase workload and workers' wearing down.

Keywords: workers' health; profits sharing; flexible working hours; workers' wearing down; intense workload and longer working time.

Recebido: 17/06/2010

Revisado 16/11/2010

Aprovado: 19/11/2010

Introdução

As transformações operadas no processo de trabalho imediato apontam para o fortalecimento da gestão da força de trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores. Este artigo discute dois elementos da gestão: a participação nos lucros ou resultados (PLR) e o regime de compensação das horas trabalhadas conhecido como banco de horas. Tem por objetivo assinalar a relação entre ambos os mecanismos com a intensidade do trabalho e o desgaste operário, considerando as implicações para a saúde dos trabalhadores.

Em diversos países, modalidades de remuneração variável e reorganização do tempo de trabalho ganharam destaque na regulação das relações de trabalho após a crise econômica de 1973-75. O contexto econômico, político e social de então era instável; por um lado, saturação dos principais mercados, recessão ou baixo crescimento econômico e acirramento da concorrência internacional (MENDONÇA, 1990), de outro, estabelecimento de legislação sobre direitos dos trabalhadores nos locais de trabalho conquistada em decorrência dos protestos contra a aceleração do ritmo de trabalho, de absentéismo, greves e mobilizações operárias, com destaque para o “maio de 1968” na França e o “outono quente” em 1969 na Itália, com sucessivos questionamentos à hierarquia e à gestão capitalista da produção (ROTHSCHILD, 1974; NAVARRO, 1993).

Para enfrentar esse quadro, as empresas desencadearam um processo de reestruturação produtiva intra e interfimas e de restituição do poder gerencial com a incorporação da flexibilidade na utilização da força de trabalho. Entre as modalidades de flexibilidade mais difundidas, nas últimas décadas, nos principais países capitalistas, estão a remuneração variável por meio de pagamentos de prêmios por ganhos ou resultados das empresas e as alterações na gestão do tempo de trabalho com programas de modulação da jornada de trabalho (DEDECCA, 1999).

Na União Europeia (UE), a ampla utilização dos regimes PEPPER (*Participation of Employees in Profits and Enterprise Results*), que reúnem as diversas modalidades de participação financeira dos trabalhadores na empresa, é considerada “uma fonte potencial para aumentar a competitividade da UE” (UVALIĆ, 2009, p. 181).

Os relatórios PEPPER I a IV, entre 1991 e 2009, e estudos empíricos apontam efeitos positivos na produtividade do trabalho com a adoção dos regimes PEPPER (UVALIĆ, 2009). Tais programas favoreceriam o aumento da identificação, da motivação e do compromisso do trabalhador com os resultados da empresa. Mas existem grandes diferenças no interior da UE: uma maior amplitude e regularidade dos PEPPER nos países da Europa Ocidental, em especial nos Estados que dispõem de legislação específica (França, Reino Unido e Irlanda), enquanto, nos países do Leste, apesar de recente expansão, ela acontece quase exclusivamente por meio da aquisição, pelos trabalhadores, de ações de empresas privatizadas (UVALIĆ, 2009).

Quanto à jornada de trabalho, historicamente, a luta orientou-se no sentido de sua redução para ampliação do tempo livre. Mas, nas últimas décadas, essa tendência tem sido revertida: elevou-se nos EUA; no Japão, apesar da redução, o tempo de trabalho e as horas extras se mantêm em níveis bastante elevados; e na UE o ritmo de redução da jornada semanal de trabalho tem sido mais lento. A gestão da jornada tornou-se uma “ferramenta competitiva na redução de custos de produção” (DEMETRIADES; PEDERSINI, 2008, p. 48) das empresas. A par das especificidades e das diferentes formas de regulação da jornada no Japão, nos EUA e nos países da UE, a flexibilização dos horários e a erosão da fronteiras entre tempo de trabalho e tempo livre têm se afirmado como tendências comuns no âmbito mundial (DEMETRIADES; PEDERSINI, 2008).

Examinamos, a seguir, de modo sucinto, o contexto histórico brasileiro no qual se situam a implantação e a difusão da PLR e do banco de horas como modalidades de gestão da força de trabalho.

Para entender o significado político da PLR e do banco de horas, é necessário situar estes instrumentos de regulação das relações entre capital e trabalho no âmbito das empresas como parte da estratégia governamental de estabilização econômica. O desafio de controlar a inflação implicava encontrar uma forma estável de exploração do trabalho (mais-valia), base da acumulação de capital e, portanto, do crescimento econômico, capaz de viabilizar a integração – sem alterar a condição de dependência do país – na nova dinâmica da economia capitalista em escala mundial (MEYER, 1996).

Esse processo não se deu num único momento e tampouco resultou de uma intervenção racional do Estado, acima do conflito de interesses entre capital e trabalho.

O cenário no qual a PLR e o banco de horas emergem desenhou-se com as câmaras setoriais. O objetivo explícito das câmaras era dar conta da questão de preços e do aumento da produtividade do ponto de vista dos interesses capitalistas dos diferentes setores da indústria (ANDERSON, 1999). Nesse momento, grandes empresas, inclusive as montadoras de automóveis, desencadearam um processo de reestruturação produtiva e interessava reduzir os conflitos e a resistência interna dos trabalhadores (STOTZ, 1996).

A participação dos trabalhadores na Câmara Setorial da Indústria Automotiva foi incluída no governo Itamar Franco. Para os trabalhadores, havia uma situação de urgência criada com o fechamento da fábrica de motores da Ford em São Bernardo do Campo. A liderança sindical dos metalúrgicos empreendeu então a negociação com as empresas e o governo para favorecer a recuperação da indústria automobilística e, assim, do nível de emprego no ramo. A experiência da Câmara Setorial da Indústria Automotiva ou Acordo das Montadoras é um assunto polêmico uma vez que teria representado o fim da política de resistência e confronto que, nos anos 1980, caracterizara o movimento sindical (RODRIGUES, 2002).

Mas esta iniciativa foi entendida como uma forma corporativista de relações entre capital e trabalho pela maioria do empresariado e inclusive por parte da intelectualidade. Fernando Henrique Cardoso vocalizou esses interesses ao afirmar que o acordo entre sindicatos e montadoras ia em direção contrária à solução para a retomada do crescimento da economia, consubstanciada no Plano Real. Este plano, iniciado em fevereiro de 1994 com a publicação da Medida Provisória nº 434, implicava uma divisão de ganhos e perdas de renda que favoreceria o capital em detrimento do trabalho.

A contestação dos trabalhadores teve à frente a greve nacional dos petroleiros, ao final derrotada, considerada por Maar (2003) “ato exemplar” do governo e uma vitória política sobre o movimento sindical.

No decorrer da greve dos petroleiros, o governo resolveu regulamentar o inciso XI do artigo 7º da Constituição Federal, que estabelece a “participação nos lucros, ou resultados, desvinculada da remuneração, e, excepcionalmente, participação na gestão da empresa, conforme definido em lei” (BRASIL, 1988), por meio da Medida Provisória nº 794 de 29 de dezembro de 1994. Nascia o instituto da Participação nos Lucros ou Resultados que, depois de sucessivas reedições com alterações no texto inicial, foi transformada na Lei nº 10.101 de 19 de dezembro de 2000.

Pode-se dizer que a PLR nasce sobre os destroços do sindicalismo que, sob a liderança da Federação Única dos Petroleiros, deu ênfase à mobilização coletiva no plano nacional e questionou os ganhos do conjunto dos capitalistas obtidos com o Plano Real (LOBO; STOTZ, 2004).

Quanto ao banco de horas, trata-se de uma mudança na gestão do tempo de trabalho, tanto em sua quantidade, quanto na forma de utilização da força de trabalho. Quando a Lei nº 9.601, em 21 de janeiro de 1998, introduziu o dispositivo conhecido como “banco de horas”, este já era objeto de acordo coletivo em diversas empresas (COSTA, 2002; DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2002).

Apesar da ocorrência de acordos coletivos entre sindicatos de trabalhadores e empresas relativos à PLR e ao banco de horas, a regulamentação legal pelo Estado impulsionou a difusão desses instrumentos e ressalta a forma ativa da intervenção estatal na gestão da força de trabalho no interior da empresa.

A PLR introduz na relação salarial uma modalidade de remuneração variável e condicionada a resultados. Em relação à PLR, este estudo destaca: a característica da remuneração condicionada a metas, sua relação com as formas de organização do trabalho e a intensidade do trabalho. O banco de horas, por sua vez, possibilitou reorganizar o tempo de trabalho com alterações nas formas de utilização da força de trabalho. O banco de horas será considerado quanto às formas e aos critérios de compensação das horas, à relação com o prolongamento e a intensidade do trabalho, bem como com outros elementos da organização do trabalho. Observamos a relação mútua entre a PLR e o banco de horas. Ambos podem

potencializar as cargas de trabalho e produzir alterações nos padrões de desgaste operário.

Utilizamos a categoria desgaste para designar as transformações negativas decorrentes da interação dinâmica das cargas de trabalho nos processos biopsíquicos de uma determinada coletividade de trabalhadores, “entendido como a perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110).

Metodologia

O presente estudo apoia-se numa revisão bibliográfica. A consulta foi realizada nas bases virtuais da SciELO Brasil (*Scientific Electronic Library Online*), até dezembro de 2009, e do Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), até o ano base 2009. Em ambas as bases, a busca abrangeu o campo “Assunto” para as seguintes palavras-chaves: “participação nos lucros e resultados”, “participação nos resultados”, “remuneração variável”, “flexibilização da jornada de trabalho”, “banco de horas” e “compensação de horário”. Na Capes, utilizou-se a “expressão exata” e na Scielo, o conectivo “AND” para combinar os termos quando não havia descritores para a palavra-chave.

A seleção compreendeu os trabalhos com a discussão da PLR e do banco de horas acima delimitada. Priorizamos os estudos nas montadoras da indústria automobilística por seu pioneirismo na introdução dos dois mecanismos, seu alto poder em disseminar modalidades de gestão da força de trabalho para outros ramos produtivos e pela organização sindical dos trabalhadores.

A busca e a leitura dos resumos e dos trabalhos selecionados foram realizadas entre 19 de setembro de 2008 e 30 de abril de 2010. A leitura dos resumos, particularmente das Teses e Dissertações, revelou a grande concentração de estudos nas áreas de Administração e Direito.

Dos 207 resumos encontrados (198 na Capes e 09 na Scielo), 30 foram selecionados e 177 excluídos: 122 estavam fora da temática e 55 não atendiam os critérios da discussão indicada. A partir da leitura dos estudos selecionados pelos critérios de elegibilidade, incluímos outros 07 trabalhos obtidos por referência cruzada e 09 foram excluídos por evidência de duplicidade: tese ou dissertação que geraram livro e/ou artigo, sendo estes (nessa ordem) escolhidos para extração dos dados e análise. Acrescentamos ainda 08 trabalhos produzidos pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) e/ou entidades sindicais, conforme sintetizado no **Quadro 1**.

Além da bibliografia, adicionamos o levantamento e a análise dos Acordos Coletivos de Trabalho específicos à temática entre o Sindicato dos Metalúrgicos do ABC-SP e as montadoras de veículos da região, no período de 2001 a 2008. Assim, com base nos objetivos e no referencial teórico, extraiu-se os dados dos acordos coletivos para subsidiar a discussão da intensidade do trabalho e do processo de desgaste operário.

Quadro 1 Leitura da bibliografia consultada e selecionada

<i>Resumos</i>	<i>Trabalhos na íntegra</i>
207 resumos encontrados 198 teses e dissertações (Capes) 09 artigos (SciELO) 177 resumos excluídos: 122 de outros temas 55 fora dos critérios da discussão 30 resumos selecionados	36 trabalhos selecionados 30 estudos (critérios de elegibilidade) 07 incluídos por referência cruzada 09 excluídos por duplicidade 10 teses e dissertações 09 artigos em periódicos 04 capítulos de livro 04 livros 01 trabalho em Congresso 08 trabalhos do Dieese/entidade sindical

Resultados e discussão

Participação nos lucros ou resultados

Remuneração condicionada

A implantação da PLR ocorreu simultaneamente à ação do empresariado e do Estado para conter os reajustes salariais em um período de crescimento do desemprego (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2000). A pressão causada pelo medo do desemprego impõe aos trabalhadores um “terror cego” (BEYNON, 1999, p. 33) e, além de conter os salários, exerce uma permanente coação e impele o trabalhador a aceitar formas de remuneração condicionada.

A PLR foi o principal tema nas negociações coletivas nos anos 1990 (MARTINS, 2000; CARVALHO NETO, 2001), fato que prosseguiu na década seguinte, com destaque para os trabalhadores da indústria. A PLR, em 2005, foi o principal motivo das greves realizadas pelos metalúrgicos (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2000, 2006). Além disso, a vinculação do bônus a metas e indicadores está presente em mais de 80% dos acordos coletivos e 50% estabelecem mais de quatro indicadores (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2000, 2000; 2006).

Entre as montadoras instaladas no ABC, a Mercedes Benz do Brasil (MBB), um ano antes da primeira medida provisória, em 1993, foi a primeira a instituir a PLR por meio do pagamento de um valor fixo desvinculado de resultados. O acordo seguinte estabelece sua vinculação a metas de produção, qualidade e absenteísmo. Na Scania, o pagamento do bônus foi instituído em 1995-96 e, na Volkswagen do Brasil (VW), em 1996-1997 (CARVALHO NETO, 2001).

Os dados acima indicam o peso da PLR na remuneração e sua natureza condicionada ao desempenho do trabalhador na obtenção de determinados resultados e ganhos pela empresa, um importante instrumento gerencial relacionado às modalidades de gestão da força de trabalho voltado para o aumento da intensidade do trabalho.

Intensidade do trabalho e gestão da força de trabalho

A participação nos lucros ou resultados, como se depreende da própria Lei nº 10.101, é considerada uma forma de integração dos trabalhadores à empresa. No mesmo sentido, com base na experiência internacional, Corrêa e Lima (2006) relacionam a PLR com o aumento do comprometimento, do envolvimento e do esforço do trabalhador na realização de sua tarefa, o que podemos chamar de eufemismos para exploração do trabalho via aumento da intensidade do trabalho, entendida como:

aquelas condições de trabalho que determinam o grau de envolvimento do trabalhador, seu empenho [...] seu esforço desenvolvido para dar conta das tarefas a mais [...] maior dispêndio das capacidades físicas, cognitivas e emotivas com o objetivo de elevar quantitativamente ou melhorar qualitativamente os resultados. Em síntese, mais trabalho. (DAL ROSSO, 2008, p. 23)

Alguns estudos nas montadoras de veículos trazem indicações da relação entre PLR e aumento da intensidade e as formas de gestão da força de trabalho. Kafrouni (2005) relaciona o sistema de remuneração da PLR com a ampliação da pressão e do comprometimento do trabalhador potencializado por sua responsabilização perante o grupo de trabalho e as metas assumidas. Segundo a autora, a “captura da subjetividade” (p. 130) seria o adicional, não contemplado na força de trabalho, incorporado ao valor dos produtos que caracteriza a PLR como “um sistema de trocas para além das mercadorias” (KAFROUNI, 2005, p. 143). Essa interpretação, apesar de registrar a exigência de maior disponibilidade física e subjetiva do trabalhador – portanto, de mais trabalho – incorre em dois erros: um de cunho teórico e outro histórico. Em termos teóricos, o equívoco está em descolar a capacidade de trabalho (biológica e psíquica) da pessoa do trabalhador, além de reduzi-la a simples execução de atividades mecânicas. O “fazer” e o “ser” aparecem separados como duas totalidades opostas e excludentes que não estabelecem relação (contraditória) entre si. No plano histórico, o erro está em, por um lado, pressupor a incorporação da subjetividade do trabalhador como exclusividade do

atual período do capitalismo. De outro, sugerir que ela ocorra de forma plena, sem a situar no âmbito da luta do capital pelo uso – nunca completado – da força de trabalho no processo produtivo. Infinita em potencial, mas limitada em sua concretização pela resistência dos trabalhadores (BRAVERMAN, 1987).

Campinho (2009) relaciona PLR e alterações nas formas de subordinação do trabalho ao capital, como o deslocamento da vigilância minuciosa para o controle baseado em metas por meio do trabalho em grupo. Assim, a PLR se insere entre os mecanismos desenvolvidos pelas gerências para, segundo Castro (1996, p. 27):

superar a dependência manifesta pela nova organização da produção [...] em face do desempenho e cooperação ativa dos trabalhadores.

A redução dos estoques aliado ao número mínimo de trabalhadores torna o processo de produção mais tenso. Essa maior tensão é a base objetiva em que o capital exerce a supervisão por meio da interação e do controle recíproco entre trabalhadores (CIPOLLA, 2005).

As empresas incorporaram o estresse como instrumento de gestão, a “administração por estresse” (PARKER; SLAUGHTER, 1995), que tem por fundamento, segundo os autores, manter a pressão em todos os momentos para que as “falhas” por parte dos trabalhadores ou qualquer outro problema tornem-se imediatamente visíveis para a gerência. Esta, por sua vez, pode concentrar sua atenção nesses pontos e criar pressão adicional para sua correção.

Mais que fatores técnicos e organizacionais da produção, a gestão procura fundamentalmente proteger a divisão capitalista do trabalho dos efeitos da luta de classes (PIGNON; QUERZOLA, 2001). Nesses termos, a inserção de formas de participação está longe de ser caracterizada como autonomia. O despotismo fabril se mantém combinado com outras prescrições e dispositivos para tentar expropriar os conhecimentos dos trabalhadores. Os métodos podem mudar, mas o objetivo principal manifesto em Taylor permanece vigente, ou seja, a subordinação real dos produtores diretos ao capital. O crescimento da normatização do trabalho e de seus resultados (normas de qualidade, avaliação de desempenho), da participação e responsabilização dos assalariados com os objetivos corporativos integram as práticas de gestão adequadas à intensificação do trabalho (GOLLAC; VOLKOFF, 1996). Transformados em fator produtivo (STOTZ, 1997), os dispositivos de participação na empresa atuam para neutralizar, mesmo que parcialmente, a organização sindical dos trabalhadores nos locais de trabalho (PREVITALLI, 2006) na medida em que concorrem com os coletivos informais de trabalhadores que escapam das prescrições e estabelecem outras regras e formas de fazer. Viabilizam a eficácia produtiva, mas, ao mesmo tempo, mantêm a desconfiança da empresa (LINHART, 2007). Nesse sentido, os métodos em curso buscam uma expropriação dos espaços de autonomia relativa dos trabalhadores. Um esforço na dire-

ção da prescrição da subjetividade dos trabalhadores (CARVALHO, 2002; LINHART, 2007), tentativa para suprimir destes o direito ao distanciamento em relação à racionalidade, à norma e à cultura da empresa (LINHART, 2007).

A integração da PLR como instrumento gerencial para comprometimento dos trabalhadores não é automática (BECKER; RUAS, 1997), tampouco a relação entre metas e o engajamento subjetivo no trabalho. Ela envolve, simultaneamente, comprometimento e conflito (CAMPINHO, 2009). Por outro lado, a fixação de metas e indicadores vinculados ao pagamento da PLR possibilita à gestão apresentar uma medida clara e objetiva para todos os empregados. A gestão deve evitar a atitude de indiferença e assegurar a percepção pelos trabalhadores de que seu esforço é reconhecido (MOREIRA, 2007). Nesse sentido, cresceu o número de empresas que passaram a divulgar mensalmente a aferição dos resultados condicionados à PLR (ZYLBERSTAJN, 2003a). Esse procedimento contribuiu para manter uma pressão contínua sobre os trabalhadores no alcance dos resultados especificados em metas e indicadores nos acordos coletivos da PLR.

Metas e indicadores: uma medida objetiva da intensidade do trabalho

Os dados e os resultados que apresentamos neste tópico são provenientes da análise dos Acordos Coletivos de Trabalho entre o Sindicato dos Metalúrgicos do ABC-SP e as montadoras de veículos da região, coletados pelos autores na entidade sindical dos trabalhadores. Uma relação da PLR com a intensidade do trabalho pode ser observada pelo peso e a natureza de metas e indicadores estipulados nesses instrumentos.

O valor da PLR, igual para todos os empregados (exceto Diretoria, Gerência e Supervisão), é definido com base na composição e no peso relativo dos indicadores adotado no acordo específico de cada empresa. Contudo, após a aferição, o valor pago a cada trabalhador pode diferir pela inclusão, ainda limitada, de alguma variabilidade individual na composição do bônus.

Os acordos, nos anos 2000, mantêm a predominância de metas de “Produção”, “Qualidade”, “Absentéismo” e “Segurança do Trabalho”.

Na VW, o peso do indicador “Volume de produção” cresceu de 40%, em 2001, para 70%, em 2006, enquanto os pesos dos indicadores “Qualidade” e “Assiduidade” ou “Absentéismo”, de 40% e 20%, declinaram para 20% e 10%, respectivamente. Entretanto, em 2007 e 2008, o peso do indicador “volume de produção” foi reduzido para 35% e se introduziu outro indicador, o de “horas efetivamente trabalhadas por empregado” – EWH/U (sigla em inglês), também com participação de 35% do valor do bônus. Ambos indicadores passaram a compor o “Índice de produção”. Os percentuais dos indicadores de “Qualidade” e “Absentéismo”, em 2007 e 2008, foram mantidos idênticos aos de 2006. Todavia, a partir de 2006, constatou-se um progressivo aumento

de suas metas e do aprimoramento da apuração de seus resultados. Em relação à “Qualidade”, além de acrescentar outros índices (introduziu-se o índice “R/1000”, que representa o número de reparos a cada mil veículos produzidos), seus valores de referência mínimos e máximos têm sido, ano a ano, mais rigorosos. Igual tendência para o indicador “Absentéismo”, medido coletivamente, com a redução dos índices mínimo e máximo. Quanto ao aprimoramento da apuração dos resultados de “Qualidade” e “Absentéismo”, sua aferição para efeitos na PLR passou a ser realizada de janeiro a dezembro, ou seja, durante todo o ano, e não apenas em alguns meses como anteriormente.

Na Ford, o acordo para o pagamento da PLR, além dos indicadores de “Qualidade” e “Volume de produção”, cada um com peso de 35% e 30%, respectivamente, estabelece ainda os indicadores de “Segurança do Trabalho”, medida pelo “Índice de Comportamento Seguro” (ICS), peso de 31%, e de “HouseKeeping / 5 S’s”, apurado pela auditoria realizada nos grupos de trabalho para verificação da qualidade do ambiente de trabalho em termos de limpeza, otimização dos espaços físicos e organização do local de trabalho, com peso de 4%. Não está previsto indicador de “Absentéismo”.

Na MBB, a meta de “Volume de produção”, medido pela quantidade de caminhões, ônibus, câmbios e motores produzidos no ano, respondeu por 90% do valor da PLR em 2008. As metas de “Qualidade”, “Absentéismo” ou “Adicional de incentivo à presença” e o “Adicional de incentivo à presença em jornadas adicionais”, foram todas consideradas “metas adicionais” para complementar o valor do bônus. Contudo, o acordo estabelece sanções monetárias para restringir o absentéismo mediante a redução do valor individual da PLR de cada trabalhador por falta injustificada praticada. O valor a ser descontado por cada falta é diferenciado e aumenta conforme sua reincidência.

Os acordos na Ford e na MBB estabelecem um valor adicional acrescido ao pagamento da PLR pelo comparecimento às “jornadas adicionais”, isto é, pelo trabalho realizado em jornadas extras aos sábados ou domingos. Na MBB, somente faz jus ao adicional o trabalhador que realizar um número mínimo de jornadas extras previamente estabelecidas. Na Ford, não existe essa exigência, sendo fixado, além de um bônus adicional, um valor para cada jornada extra efetivamente trabalhada. Com o aumento no volume de produção, as jornadas extras aos sábados, domingos e feriados tornaram-se uma prática e tema de acordos. Em 2008, na MBB foram acordadas 23 jornadas extras (sendo o mínimo de 17 jornadas trabalhadas para o recebimento do adicional na PLR) e na Ford, 12 para a fábrica de carros e 33 para a fábrica de caminhões.

As metas e os indicadores (volume de produção, qualidade e características comportamentais) escolhidos nos acordos fornecem elementos para estabelecer a relação entre PLR e intensidade do trabalho. O alcance da meta “Volume de produção” acontece simultanea-

mente à redução absoluta do número de trabalhadores na VW: de 23.500 trabalhadores, em 1997, para menos de 13.000, em 2008, e à redução relativa dos efetivos na MBB: se o total de empregados aumentou de 10.500, em 2000, para pouco mais de 12.000 trabalhadores, em 2008 (crescimento de quase 15%), a produção de ônibus e caminhões, no mesmo período, cresceu de 36.000 para mais de 68.000 unidades (expansão de 87%). O peso da intensidade do trabalho no aumento da produção, na MBB, pode ser corroborado pela manutenção da mesma estrutura produtiva, caracterizada mais por inovações organizacionais e equipamentos mais simples que por automação (BRESCIANI, 2001).

Os acordos evidenciam também o peso dos indicadores de “Absentéismo” e “Segurança do Trabalho”. O controle (e a redução) do absentéismo, um dos elementos moleculares de resistência massiva dos trabalhadores, tornou-se um imperativo nas empresas que operam com ajustado efetivo de trabalhadores. As metas de absentéismo são consideradas em conjunto, estipuladas e aferidas distintamente para horistas e mensalistas significando o exercício de um constrangimento coletivo sobre o trabalhador individual. Mas, em alguns acordos, esse constrangimento é complementado com o controle do absentéismo individual; um determinado valor é descontado da PLR do trabalhador para cada falta não justificada. O trabalhador é pressionado a não afastar-se do trabalho, inclusive a retardar a procura por cuidados com sua saúde, um elemento adicional para o aumento do presenteísmo.

Os acidentes trazem a possibilidade de afastamento temporário ou permanente dos trabalhadores e, no limite, demandaria contratação. Além da suspensão imediata, os acidentes podem dificultar o retorno do engajamento ativo dos trabalhadores na produção por ameaçar romper os mecanismos de defesa utilizados na minimização dos riscos explorado pela gerência para aumentar a produtividade (DEJOURS, 1992). A presença e o peso de um “Índice de Comportamento Seguro” do indicador “Segurança do Trabalho”, na Ford, aponta que a PLR é inserida entre os mecanismos gerenciais para culpabilizar os trabalhadores pelos acidentes.

Nos indicadores de qualidade está a diminuição do retrabalho. Tarefas de melhoria e controle da qualidade são transferidas para os trabalhadores no próprio ato laboral e disseminadas em todos os níveis, setores e etapas do processo produtivo. Mesmo de forma diferenciada, atribui-se responsabilidade a cada trabalhador individual, exigindo sua maior atenção e concentração nas operações o que lhe requisita aumento das energias físicas e mentais.

Isso aparece na alteração das formas de subordinação do trabalhador. Se, por um lado, assiste-se à redução dos níveis hierárquicos e da vigilância explícita sobre o trabalhador individual, por outro, em todo o processo, cada operação realizada é identificada e o setor/área/trabalhador individual, responsabilizado em caso de “não conformidade” à norma de qualidade. Controle de

qualidade e, ao mesmo tempo, implicitamente, da avaliação do trabalhador.

Nesses termos, a vinculação da PLR a metas como as apresentadas neste tópico pode ser considerada uma “gestão por objetivos” e “fonte poderosa de intensificação ou de estresse” (MARC BÁRTOLI; MICHEL ROCCA apud DAL ROSSO, 2008, p. 157). Desse modo, as metas e os indicadores materializam os procedimentos da gestão utilizados na prescrição, na administração e na avaliação dos trabalhadores, além de representar uma medida objetiva da intensidade do trabalho determinante do desgaste operário.

PLR e mais-valia

Para obter o bônus, o trabalhador deve fornecer uma maior quantidade e/ou uma melhor qualidade de trabalho, o que representa maior dispêndio de suas energias físicas e mentais. É o que se depreende de Cipolla (2007), que relaciona a PLR ao aumento da intensidade do trabalho. Apesar da justeza da afirmação, o autor equivocava-se ao situar a questão em termos de mais-valia extra. Esta, segundo Marx (1984a), resulta do desenvolvimento da força produtiva do trabalho, dos métodos (novos ou aperfeiçoados) de produção que permitem a um capitalista apropriar-se de uma parte maior do trabalho excedente em comparação aos demais capitalistas do mesmo ramo. A generalização da PLR nas empresas desse ramo anularia essa possibilidade.

Mantida inalterada a jornada, o aumento na grandeza intensiva do trabalho relativa ao alcance das metas à PLR se corporifica em um número maior de produtos-valor. Por conseguinte, podemos considerar a relação entre essa forma de remuneração e a mais-valia. Ou melhor, especificamente no âmbito da relação entre as mudanças de magnitude do preço da força de trabalho e a mais-valia, estudada por Marx n’*O Capital* (1984b), essas magnitudes dependem da duração da jornada, da intensidade do trabalho e da força produtiva do trabalho. Interessa-nos especialmente a situação em que, mantidas constantes a jornada e a força produtiva, a intensidade do trabalho varie. No caso de intensidade do trabalho crescente:

O preço da força de trabalho e a mais-valia podem ambos crescer ao mesmo tempo de 3 para 4 xelins, se o produto-valor sobe de 6 para 8. Aumento do preço da força de trabalho não implica aqui, necessariamente, elevação de seu preço acima de seu valor. Ele pode, pelo contrário, ser acompanhado por uma queda abaixo de seu valor. Isso ocorre sempre que o aumento do preço da força de trabalho não compensa seu desgaste acelerado. (MARX, 1984b, p. 117)

Façamos aqui uma ponderação relevante pela implicação da PLR no processo de desgaste operário e as condições de reprodução da força de trabalho. Com base na citação acima, uma elevação no preço da força de trabalho pode não compensar o desgaste do trabalhador submetido à jornada mais intensa.

Além disso, essa forma de remuneração traz outro agravante ao processo de desgaste. O pagamento do

bônus é realizado anualmente, em uma ou duas parcelas. O trabalho mais intenso acontece em jornada diária, semanal, mensal durante todo o ano, enquanto o preço da força de trabalho pago mensalmente é mantido com base na jornada de intensidade normal. Para Cipolla (2007, p. 621):

isso significa que durante o ano os trabalhadores recebem abaixo do valor de sua força de trabalho. Na verdade, financiam o capital circulante da empresa com uma fração de seu fundo de subsistência anual.

Portanto, o acréscimo no preço da força de trabalho propiciado pela PLR – e isso independe do valor do bônus – não compensa o desgaste operário, pois ao longo do ano os trabalhadores recebem abaixo do valor de sua força de trabalho. O desgaste é agravado pela defasagem entre a realização cotidiana da atividade de trabalho mais intensa e o pagamento do bônus efetivado anual ou semestralmente.

Por sua vez, nos últimos anos, o salário foi contido, seu crescimento não acompanhou igualmente percentual de incremento da produção ou, inclusive, foi reduzido pela rotatividade praticada nas montadoras. Nesse caso, registra-se a seletividade no processo de desligamento que, em sua maioria, atinge trabalhadores com salários mais elevados.

Entre os elegíveis para o desligamento estão os trabalhadores avaliados como de “baixo desempenho” e os afastados pelo INSS (neste caso, a demissão é programada para o retorno do afastamento e a rescisão do contrato somente poderá ser realizada por acordo com anuência do sindicato: a convenção coletiva dos metalúrgicos do ABC assegura estabilidade até a aposentadoria aos trabalhadores afastados pelo INSS por acidente de trabalho ou doença profissional).

O trabalhador aposentado tem sido alvo preferencial nos desligamentos. Alguns acordos coletivos fixam um prazo limite de permanência desses trabalhadores na empresa contado a partir da concessão da aposentadoria, ou seja, os aposentados são “calendariados para desligamento”.

A redução salarial por meio da rotatividade é observada quando se constata a admissão de trabalhadores, em sua maioria jovens, predominantemente via “contrato de trabalho por prazo determinado”. Nessa modalidade, o salário inicial é inferior ao piso praticado na empresa, e o trabalhador somente atinge este patamar após completar um determinado período do contrato ou ser efetivado. Além de representar uma forma de redução salarial, esse mecanismo aumenta o tempo de progressão para o trabalhador atingir as faixas salariais superiores.

A tendência de contenção salarial combinada com o aumento da intensidade do trabalho agrava o desgaste operário e as condições de reprodução da força de trabalho, remunerada durante o ano com valor inferior ao necessário a sua reprodução, em especial, quando se considera as montadoras com padrões similares de gestão e organização produtiva, mas com níveis sala-

riais inferiores e reconhecidamente de menor organização sindical. Por exemplo: a remuneração do trabalhador (horista) em Sete Lagoas/MG e em Camaçari/BA representa $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{3}$, respectivamente, da remuneração do trabalhador na mesma função na Região do ABC (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS; SINDICATO DOS METALÚRGICOS DO ABC; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS METALÚRGICOS DA CUT..., 2003).

A PLR expõe um indicador do desgaste operário ao excluir do pagamento do bônus segmentos dos trabalhadores afastados pelo INSS. Os acordos coletivos, por nós analisados, excluem do pagamento integral do bônus os trabalhadores afastados por auxílio doença com data de afastamento anterior ao início do ano base do acordo ou por acidente de trabalho ou doença profissional com data de afastamento anterior a 12 meses do primeiro dia do ano base, desde que, em ambos os casos, não retornem à atividade na empresa no decorrer do ano do acordo. Para os demais casos, conforme o acordo coletivo de cada montadora, o pagamento do bônus poderá ser integral ou proporcional.

Para o alcance dessa forma de remuneração a cada novo período, novas metas e/ou indicadores são definidos ou aprimorados e um novo desempenho, conhecido ou não, é requerido do trabalhador – uma condição geradora de insegurança (LASSANCE MOREIRA, 2007). A situação de trabalho e remuneração condicionada a metas é impregnada de ansiedade, medo, tensão pelo temor de não acompanhar o ritmo, de não atingir as metas de produção e qualidade requeridas, de ser negativamente avaliado no limite considerado como de “baixo desempenho” – todos esses elementos são determinantes do desgaste e de um contínuo esgotamento do trabalhador (DEJOURS, 1992).

Como vimos, a PLR exerce maior pressão sobre o trabalhador para o aumento quantitativo e qualitativo do trabalho, o que representa a elevação da intensidade e do desgaste operário. Outros mecanismos, como a gestão do tempo de trabalho via banco de horas, acentuam o processo de intensificação do trabalho como veremos a seguir.

Banco de horas

O regime de compensação de horas conhecido como banco de horas, objeto de regulação estatal por meio da Lei nº 9.601 de janeiro de 1998, constituiu uma das alterações mais significativas relativa ao tempo de trabalho. A jornada de trabalho diária pode ser ampliada ou reduzida e as horas trabalhadas a mais ou a menos são contabilizadas como positivas ou negativas no banco de horas. A lei limitou em duas horas o número excedente de horas diárias destinadas para futura compensação, sem acréscimo no salário. Inicialmente, a compensação das horas deveria ocorrer no período de cento e vinte dias. Posteriormente, a Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001, estendeu esse prazo para um ano. Denominado por alguns de sis-

tema de horas anualizadas (MARÇOLA; GONÇALVES FILHO; FERNANDES, 2002), o banco de horas deve ser objeto de acordo ou convenção coletiva de trabalho entre trabalhadores e empresa. Esse dispositivo introduz modificações em termos quantitativos e qualitativos na gestão e organização do tempo de trabalho e, inclusive, do tempo de não trabalho.

Organização do tempo de trabalho

A adoção do banco de horas surge como uma das formas de flexibilizar a jornada de trabalho, às vezes aliada à sua redução. Por isso, o debate internacional sobre a flexibilidade faz referência à “redução-reorganização” do tempo de trabalho (BOULIN; TADDEI, 1991; DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 1997). No Brasil, entre outubro de 1994 e maio de 1998, dos 52 acordos e convenções coletivos de trabalho analisados pelo Dieese (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2002), 35 previam a redução da jornada. Desses, 11 vinculavam a redução à sua flexibilização. O Sindicato dos Metalúrgicos do ABC (1993) foi um dos pioneiros a trilhar essa diretriz para conquistar a redução da jornada nas montadoras da Região. Na Ford, na VW e na MBB, a partir de janeiro de 1996, a jornada foi reduzida de 44 para 43 horas semanais (horistas) e, em outubro do mesmo ano, para 42 horas. Na Scania, a jornada foi reduzida a 40 horas desde o início daquele ano (BRESCIANI, 1997). Em 2000, todas as montadoras reduziram a jornada para 40 horas. A Ford, em setembro de 1995, e a VW, em janeiro de 1996, foram as primeiras a flexibilizarem a jornada por meio do banco de horas, em seguida adotado pelas demais.

A reorganização do tempo de trabalho trouxe algumas mudanças nas relações de trabalho. As horas de atrasos, saídas antecipadas e faltas injustificadas podem ser negociadas e debitadas do banco de horas, sem perda do descanso semanal remunerado (DSR) e descontos nas férias. O DSR, assim, perde força como instrumento de controle do trabalhador (BLASS, 1998).

Por outro lado, a legislação ao, estabelecer o limite diário de duas horas com compensação anual, possibilitou a contínua prorrogação da jornada de trabalho, uma questão controversa no âmbito do Direito do Trabalho. O questionamento tem por base a agressão à saúde do trabalhador submetido a longo período (anual) de prorrogação de horário. Alguns juristas, inclusive, sustentam a inconstitucionalidade do § 2º do artigo 59 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (ABUD, 2008).

A lei não impõe limite mínimo nem máximo de horas no banco. Esse e outros aspectos, como a variação semanal da jornada e os critérios para compensação das horas, passam a ter importância nas negociações. O **Quadro 2** apresenta esses elementos segundo algumas empresas selecionadas.

Quadro 2 Banco de horas: algumas cláusulas dos acordos coletivos dos metalúrgicos do ABC-SP, segundo a montadora selecionada

Empresa	Variação semanal da jornada (h)	Lançamento das horas no banco	Compensação do saldo e limites de horas no banco	
			Positivo	Negativo
Volkswagen	Mínima: 34 Máxima: 44	Se o saldo estiver positivo: Crédito de 50% até o limite de 40h. mensais e 150h em 12 meses. As demais (50%) são pagas com o adicional. Se o saldo estiver negativo: todas as horas vão para o Banco e paga-se apenas o adicional.	Limite: não prevê Durante o período: Folgas seguidas às férias individuais ou coletivas; folgas coletivas; ou folgas individuais negociadas. Ao término do período de 12 meses: Até 24h folgas gozadas com as férias. Do saldo restante, 50% será transferido para o exercício seguinte. As horas dos 50% restantes serão pagas.	Limite de 120h. Durante o período: Convocação para trabalhar, inclusive aos sábados, da seguinte forma: individual com no mínimo 24 h de antecedência, ou coletiva, até a sexta-feira que antecede ao trabalho. Ao término do período de 12 meses: As horas são transferidas para o exercício seguinte.
Ford	Mínima: 38 Máxima: 45	–	Folgas individuais ou coletivas, ou pagas como hora extra.	Horas transferidas para o próximo período
Mercedes Bens	Mínima: - Máxima: 45	Crédito de 15 a 60 minutos / dia. Exclui as horas extras aos sábados, domingos e feriados, pagas com adicionais.	Limite: 120h Folgas individuais ou coletivas, ou horas transferidas para o próximo período	Limite: 120h Horas transferidas para o próximo período

Fonte: Sindicato dos metalúrgicos do ABC (2001); Sindicato dos metalúrgicos do ABC; Volkswagen do Brasil Ltda. (2006, 2007); Sindicato dos metalúrgicos do ABC; Ford Motor Company Brasil Ltda. (2008); Manzano (2004).

Os acordos coletivos de compensação por meio do banco de horas incluem a possibilidade do trabalhador utilizar as horas como folga se o saldo estiver positivo ou negativo, desde que até determinado limite. Apesar disso, a compensação das horas positivas em folgas nem sempre é efetivada e, como podemos perceber pelo **Quadro 2**, a empresa pode converter o saldo em pagamento de horas extras ou mesmo o transferir para o próximo exercício do banco de horas.

A constante possibilidade de convocação para trabalho extra, variações nos horários de trabalho e com pouca antecedência dificulta a programação do tempo fora do local de trabalho, dificuldade agravada pela insuficiente autonomia dos trabalhadores para decidir quando usar o banco de horas. Esse ponto pode variar quando usar o banco de horas. Mas a folga para uns representa a incorporação de mais trabalho para os demais integrantes do grupo que assumem as tarefas de quem folga, um elemento comum à gestão nas montadoras com plantas industriais em outros países (STEWART et al., 2006). Em geral, a empresa determina tanto o período de convocação para trabalho adicional, quanto o momento para sua compensação (CARDOSO, 2009). Conforme o estudo de Janssen e Nachreiner (2004), a variabilidade do horário de trabalho flexível acarreta um maior prejuízo à saúde e ao bem-estar psicossocial.

Jornada de trabalho e desgaste operário

No Brasil persiste a tendência de prolongamento da jornada semanal de trabalho legalmente estabelecida (FREITAS, 2006). A hora extra se mantém como um dos instrumentos mais utilizados pelas empresas para sustentar a expansão econômica. A redução da jornada para 44 horas semanais foi acompanhada de uma significativa elevação dos assalariados que, habitualmente, realizam hora extra. Se até a Constituição de 1988, aproximadamente 25% dos trabalhadores assalariados da Região Metropolitana de São Paulo realizavam hora extra, após sua promulgação, a proporção aumenta para cerca de 40% e esse índice, com pequenas variações, mantém-se até hoje (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2009). Os ramos metalúrgico e químico se destacam pela alta concentração de trabalhadores em exercício de hora extra, 68,5% e 60,7%, respectivamente (CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES; DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2006).

Um ponto a destacar é a relação entre banco de horas e hora extra. Contrariando a expectativa, conforme apontado por Blass (1998), na “dimensão pedagógica” do banco de horas para restringir as horas extras, esse

dispositivo mais apropriadamente reforça a tentativa de desconstrução da “idéia de trabalho extraordinário” e da delimitação entre jornada habitual e jornada extraordinária (SOCHACZEWSKI, 2007, p. 9). Segundo a autora:

a fronteira entre os dois exercícios de trabalho se apaga quando se enquadra o conjunto total de horas em um outro marco conceitual. (p. 13)

Ou seja, uma concepção contábil da jornada de trabalho: horas a mais (positiva) e horas a menos (negativa). No Brasil, em 77% das empresas que adotam o banco de horas, a compensação ocorre na base de uma hora a mais por uma hora a menos, ou seja, trabalho extraordinário sem acréscimo de adicional compensado por horas da jornada normal (ZYLBERSTAJN, 2003b).

A partir de 2000, a jornada nas montadoras do ABC foi reduzida para 40 horas semanais, mas o banco de horas possibilitou manter a jornada acima desse patamar. Como é possível perceber pelo **Quadro 2**, a jornada de trabalho diária durante todo o ano é acrescida de horas (ou fração) a mais creditadas como positivas no banco de horas para futura compensação. Uma jornada diária prolongada pelo trabalho extraordinário passou a ser a “jornada habitual”. Portanto, o banco de horas atua como instrumento para prolongar a jornada e coloca em questão os efeitos positivos obtidos com a conquista de sua redução.

Por outro lado, a relação entre flexibilização do tempo e intensidade do trabalho é destacada em vários estudos (CALVETE, 2006; CARDOSO, 2009; FERREIRA, 2004; KREIN, 2007). O banco de horas se relaciona ao processo de conversão do máximo tempo de trabalho em trabalho produtivo por meio da combinação entre prolongamento da jornada e aumento da intensidade do trabalho. Essa condição pode ultrapassar o limite suportável pela força de trabalho.

Nas condições de produção enxuta, as empresas operam com o mínimo de trabalhadores e a compensação de hora a mais por hora a menos representa o movimento do capital para viabilizar a continuidade ininterrupta dos turnos/tempos de trabalho, assegurar o funcionamento contínuo da empresa e eliminar ou diminuir a porosidade existente na jornada: “fragmentos”, “átomos” ou “coágulos” de tempo de trabalho não convertidos em trabalho produtivo, produtor de mais-valia (MARX, 1984a; 1984b). A metáfora da porosidade dá a ideia simultaneamente física/abstrata, e biopsíquica/concreta, de que o tempo de trabalho tem densidade, compreende continuidades/descontinuidades e também aberturas/fechamentos: por meio dos “poros”, o trabalhador “respira na ação”, no tempo em que trabalha, torna-o mais ou menos denso.

A menção às horas trabalhadas a mais e a menos para efeitos de compensação atua para dissolver a diferença qualitativa entre os tempos. A conversão contábil das horas a mais por igual quantidade de horas a menos (folgas) tenta nublar o fato do trabalho na hora a mais, como o próprio nome sugere, ocorrer pelo prolongamento da

jornada, ou seja, pelo trabalho extraordinário – transformado em jornada habitual – de maior desgaste.

Em momentos de diminuição na produção, as empresas recorrem ao banco de horas para conceder “folgas coletivas” à parcela de seus empregados. Estabelecem o uso adequado entre o nível de produção e uma determinada quantidade de trabalhadores na fábrica. Esse procedimento atua no sentido de manter elevado o grau da intensidade do trabalho independentemente das flutuações no volume de produção.

Isso se coaduna com a “administração por estresse”, que mantém os trabalhadores sob pressão contínua, procura evitar o surgimento de “folgas” e, ao mesmo tempo, remover ou reduzir qualquer uma delas, especialmente aquelas que os trabalhadores conseguem criar para si mesmos durante a jornada (PARKER; SLAUGHTER, 1995). Segundo relato de comissários de fábricas, a “administração por estresse” já faz parte inclusive do perfil do trabalhador na indústria automobilística: bom relacionamento, trabalho sob pressão e visão sistêmica são algumas das “qualificações” requeridas (STOTZ et al., 2009).

Também aqui, de forma similar ao considerado para a PLR, a remuneração das horas em regime de compensação por banco de horas pode ser analisada no âmbito da relação entre as mudanças de magnitude no preço da força de trabalho e a mais-valia. Nesse caso, temos simultaneamente combinados o aumento da grandeza extensiva e da grandeza intensiva do trabalho, ambas corporificando um número maior de produtos-valor. Essa combinação eleva e potencializa as cargas de trabalho e o desgaste do trabalhador, tanto mais pelo fato da compensação das horas ocorrer na base de uma hora a mais por uma hora a menos. Ou seja, a hora a mais, de maior desgaste, é remunerada pelo preço da força de trabalho com base na hora normal, portanto, uma remuneração inferior ao valor da força de trabalho necessário à sua reprodução social (média).

Além disso, como o pagamento da hora a mais somente é efetivado no momento da compensação das horas, ou seja, com a utilização das folgas, esse período pode se estender até um ano depois das horas trabalhadas a mais, ou a um intervalo ainda maior, caso o saldo positivo no banco de horas seja transferido para o próximo exercício. Assim, o pagamento da hora a mais (de maior desgaste), além do preço inferior ao valor da força de trabalho, pode ocorrer em período superior a um ano. Seguramente, durante o ano, os trabalhadores com saldo positivo no banco de horas recebem abaixo do valor de sua força de trabalho e assim se mantêm, continuamente, com a renovação anual desse regime de compensação de horas.

Por outro lado, o banco de horas produz alterações na qualidade do tempo fora da jornada de trabalho. Segundo Paixão (2005), mesmo um trabalho não realizado encontra-se antecipadamente apropriado pelo capital na forma de horas negativas no banco de horas, com isso, “a jornada de trabalho perde a sua delimita-

ção” (p. 164). Esta formulação pode levar a equívocos e a perder de vista a contradição entre os dois momentos. O autor faz alusão à relação entre o tempo de trabalho e o tempo de não trabalho fora da jornada, mas por meio de uma ilusão, visto que, ao diluir ou extinguir a delimitação entre os dois diferentes momentos, elimina-se a própria relação entre eles. É preciso então reconhecer a existência do tempo de trabalho e do tempo de não trabalho como dois pólos opostos que estabelecem relação mútua de um com o outro enquanto unidade contraditória, de subordinação do trabalho ao capital. Nesse sentido, seria mais apropriado falar em relação de determinação recíproca, em que a empresa capitalista amplia a dominação do tempo de trabalho sobre o tempo de não trabalho.

A hora a menos na forma de folgas coletivas ou individuais definidas pela empresa, a exemplo dos períodos de baixa produção ou crise, está longe de configurar condição de repouso, descanso ou lazer para os trabalhadores. Pelo contrário, agora sobreposto às estratégias defensivas para manter pelo condicionamento produtivo (DEJOURS, 1992), pode representar aumento da tensão, da ansiedade e da insegurança decorrente da expectativa pelo retorno ou pelo desligamento do trabalho. Um tempo de “não trabalho”, mas sem se distanciar do trabalho, tempo de insegurança, tensão, ansiedade, ou seja, de aumento do desgaste mental pela ampliação da determinação/dominação do tempo de trabalho.

Também é bom frisar que a adoção do banco de horas, assim como da PLR, ocorre e integra um conjunto de alterações no processo de trabalho imediato. Para introdução da multitarefa ou do revezamento de função, a gerência alegou a prevenção de problemas de saúde decorrentes do trabalho repetitivo e monótono pelo exercício cotidiano da mesma função (CARDOSO, 2009). Contudo, a rotação de funções aumentou o ritmo de trabalho: a empresa pode deslocar o trabalhador da função/área/setor, momentaneamente, com menor demanda para aquele de maior produção. Assim, tanto os que estão no exercício da rotação de função estão submetidos ao trabalho mais intenso, quanto os que permanecem na função/área/setor por absorverem as atividades dos trabalhadores transferidos. A multifuncionalidade ou polivalência, em muitos casos, mantém condições de trabalho desqualificadas e vazias de conteúdo e, principalmente, introduz novas formas de despojar os trabalhadores de suas condições de defesa coletiva e afeta as possibilidades de proteção das nocividades do processo de trabalho (VILLEGAS et al., 1997). Os trabalhadores em rotação de funções, segundo Dejours (1992), são confrontados com extensão das cargas de trabalho, aumento da tensão nervosa, medo e casos de descompensação.

A rotação mantém ou acentua a pressão exercida pelo tempo alocado para execução da tarefa ou pelo tempo imposto para os trabalhadores transferidos para uma linha de montagem; para estes, segundo Cardoso (2009, p. 205-206):

é a combinação do banco de horas com a multitarefa que tem levado à extrema intensificação [...] leva o trabalhador a estar sempre no momento – em função do banco de horas –, e no espaço – dada à multitarefa –, onde há maior demanda de produção.

Apoiando-se em Cardoso (2009), Previtali (2006) e Sales (2002), é possível indicar que essa e outras alterações na organização do trabalho (células de produção, redução da duração e da quantidade de pausas individuais e coletivas, diminuição do tempo para realização de cada tarefa e do intervalo entre uma tarefa e outra) aliadas ao aumento da pressão pela contínua melhoria da qualidade configuram um processo de intensificação do trabalho.

O prolongamento e a intensificação do trabalho parecem anular as vantagens obtidas com a conquista da redução da jornada de trabalho, mais ainda quando o desgaste decorrente é cotejado com as dimensões do processo reprodutivo dos trabalhadores – reposição e desenvolvimento da capacidade biopsíquica nas condições concretas de reprodução da força de trabalho. A intensificação condiciona e limita a qualidade do tempo fora da jornada utilizado, majoritariamente, como alívio de tensões, reposição de necessidades básicas: dormir, descansar, repor as energias físicas e mentais (CARDOSO, 2009). Para um contingente cada vez mais numeroso de trabalhadores, a reposição está ainda mais comprometida pelo tempo e pela energia despendidos no estudo/formação e nos deslocamentos residência-trabalho/estudo-residência. A reposição biopsíquica é particularmente necessária em processos de intensificação do trabalho. A combinação de longas horas de trabalho e processos cognitivos relacionados ao estresse dificulta a reposição biopsíquica, prolonga a ativação fisiológica e resulta no aumento da “carga alostática”, um caminho aberto para os problemas crônicos de saúde (GEURTS; SONNENTAG, 2006). Importante ainda considerar a diferenciação dos processos de desgaste e reprodução social dos trabalhadores em regime de banco de horas: o desgaste operário tende a ser potencialmente maior no trabalho em turnos de revezamento (FERREIRA, 2004).

Se para a empresa, o estresse se torna instrumento de gestão; para os trabalhadores, ele configura um problema de saúde inseparável das formas de expressão e resistência dos trabalhadores. A greve dos trabalhadores da Volkswagen-Audi - PR, em maio de 2004, segundo Penkal (2005, p. 41):

teve como principal causa, não a PLR e o banco de horas, mas o ritmo intenso de trabalho. Os trabalhadores utilizaram a greve para ganhar um fôlego. A paralisação ocorreu em função da insatisfação com as condições de trabalho e a pauta de negociação da greve foi apenas uma forma de dar caráter reivindicatório e palpável à direção da empresa.

Objetivamente, a resistência dos trabalhadores estabelece uma relação entre os instrumentos de gestão, como a PLR e, mais acentuadamente, o banco de horas, de um lado, e a intensificação do trabalho e o des-

gaste operário, de outro. Assim, esses instrumentos de gestão podem configurar situações de trabalho de alta exigência (e consequente desgaste) para o trabalhador, o que, segundo estudos da epidemiologia social, é um terreno para o estresse e o adoecimento relacionados ao trabalho (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; KARASEK; THEORELL, 1990).

Considerações finais

Neste artigo discutimos as formas de gestão da força de trabalho pondo em evidência a participação nos lucros ou resultados (PLR) e o banco de horas como instrumentos gerenciais para extrair mais trabalho dos trabalhadores por meio do prolongamento e do aumento da intensidade do trabalho ou pela ação simultânea de ambos. Essa ação combinada eleva e potencializa as cargas de trabalho e o desgaste do trabalhador.

Os dois mecanismos promovem alterações na forma de remuneração do trabalhador, aumentando o desgaste operário do ponto de vista do valor social médio da força de trabalho. Mesmo o acréscimo no preço da força de trabalho – efetivado pela PLR, mas não pelo banco de horas – não compensa o maior desgaste advindo do aumento da grandeza extensiva e da grandeza intensiva do trabalho. Esse desgaste é tanto mais agravado pela defasagem entre a realização cotidiana da atividade de trabalho e o período do efetivo pagamento implicado pelos dois mecanismos, de modo que, durante o ano, os trabalhadores recebem abaixo do valor de reprodução da força de trabalho.

Por sua vez, a PLR e o banco de horas integram-se na organização capitalista do trabalho com base na administração por estresse. A PLR condicionada a metas materializa procedimentos da gestão utilizados na prescrição, na administração e na avaliação dos trabalhadores e representa uma medida objetiva da intensidade do trabalho determinante do desgaste operário. O regime de compensação de horário na modalidade banco de horas introduz modificações na gestão e na organização

do tempo de trabalho. Viabiliza a conversão da jornada prolongada acrescida da hora extraordinária em “jornada habitual” e mantém elevado o grau de intensidade do trabalho independentemente da flutuação da produção.

O prolongamento e a intensificação do trabalho empreendem, simultaneamente, a dilatação do tempo de trabalho e a diminuição do tempo de não trabalho durante a jornada, ambos determinantes do desgaste operário. No mesmo processo, ampliam os condicionantes e os limites do tempo de não trabalho fora da jornada: a reposição e o desenvolvimento de capacidades biopsíquica podem ser comprometidos pela insuficiente quantidade e qualidade do repouso, pela energia despendida no estudo/capacitação e nos deslocamentos residência-trabalho/estudo-residência. Há ainda o fato de que, somente depois de um longo período, parte do tempo de trabalho já efetivado pode se expressar em tempo de não trabalho, por ocasião das folgas (individuais ou coletivas). Além disso, esse período pode compreender um permanente estado de ansiedade, tensão e insegurança pela possibilidade de convocação, retorno ou mesmo desligamento do trabalho, ou seja, um tempo gerador de desgaste mental.

Isso remete e desafia as futuras investigações a delimitarem os diversos momentos da relação recíproca de determinação do tempo de não trabalho (na/fora da jornada) pelo tempo de trabalho, assim como as implicações para a saúde dos trabalhadores segundo a especificidade do setor, ramo econômico ou empresa, especialmente nas condições de intensificação da mobilização/disputa da subjetividade do trabalhador empreendida pela administração por estresse determinante do desgaste, considerando sua dimensão integradora para a saúde mental (SELIGMANN-SILVA, 1994). Em perspectiva, estudos deste tipo podem contribuir para construção de indicadores do processo de desgaste antes do dano à saúde (LAURELL; NORIEGA, 1989), objetivamente uma questão inseparável das formas de resistência dos trabalhadores. Um desafio permanente para a Saúde do Trabalhador.

Contribuições de autoria

Pina, J. A.: responsável pela definição do marco teórico-metodológico, pelo planejamento, pela realização da pesquisa e pela análise dos resultados. Stotz, E. N.: participou da orientação geral do artigo, na redação do contexto histórico e contribuiu na estruturação e revisão do manuscrito.

Referências

ABUD, C. J. *Jornada de trabalho e a compensação de horários*. São Paulo: Atlas, 2008.

ANDERSON, P. *Câmaras setoriais: histórico e acordos firmados – 1991/95*. Brasília; DF: IPEA, setembro 1999. 45 p. (Textos para discussão, n. 667)

ARAÚJO T. M.; GRAÇA C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo

Demanda-Controlle. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.

BECKER, G. V.; RUAS, R. L. Estratégias de comprometimento e planos de participação nos lucros: tendências recentes. *Revista de Administração Contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 141-161, 1997.

- BEYNON, H. As práticas do trabalho em mutação. In: ANTUNES, R. *Neoliberalismo, trabalho e sindicatos: reestruturação produtiva no Brasil e na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 1999. p. 9-38.
- BLASS, L. M. S. Jornada de trabalho: uma regulamentação em múltipla escolha. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 13, n. 36, fev. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091998000100004&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 20 ago. 2009.
- BOULIN, J.; TADDEI, D. Os acordos de redução-reorganização do tempo de trabalho: negociações e conseqüências econômicas. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 5-24, 1991.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constitui%EA7ao_Compilado.htm>. Acesso em: 15 jun. 2010.
- BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- BRESCIANI, L. P. Na zona do agrião: a nova agenda da negociação coletiva. In: ARBIX, A.; ZILBOVICIUS, M. *De JK a FHC: a reinvenção dos carros*. São Paulo: Scritta, 1997. p. 257-284.
- _____. *O contrato da mudança: a inovação e os papéis dos trabalhadores na indústria brasileira de caminhões*. 357 f. Tese (Doutorado em Política Científica e Tecnológica)-Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.
- CALVETE, C. S. *Redução da jornada de trabalho: uma análise econômica para o Brasil*. 217 f. Tese (Doutorado em Economia Aplicada)-Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.
- CAMPINHO, F. A. R. *Participação nos lucros ou resultados: subordinação e gestão da subjetividade*. São Paulo: LTr, 2009.
- CARDOSO, A. C. M. *Tempos de trabalho, tempos de não trabalho: disputas em torno da jornada do trabalhador*. São Paulo: Annablume, 2009.
- CARVALHO NETO, A. *Relações de trabalho e negociação coletiva na virada do milênio: estudo em quatro setores dinâmicos da economia brasileira*. Belo Horizonte: Vozes; IRT; PUC/MG, 2001.
- CARVALHO, R. A. A. A produção e a gestão de competências: o caso Fiat em questão. In: NABUCO, M. R.; NEVES, M. A.; CARVALHO NETO, A. M. *Indústria automotiva: a nova geografia do setor produtivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 241-269.
- CASTRO, N. A. Modernização e trabalho no complexo automotivo brasileiro. In: CASTRO, N. A. *A máquina e o equilibrista: inovações na indústria automobilística brasileira*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. p. 15-49.
- CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES; DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. Resultado da pesquisa nacional sobre hora extra nos Ramos da CUT. In: SECRETARIA DE POLÍTICA SINDICAL DA CUT. *Hora extra: o que a CUT tem a dizer sobre isto*. São Paulo: CUT Brasil, 2006. p. 19-44.
- CIPOLLA, F. P. Trabalho em equipe como forma da subsunção real. *Estudos Econômicos*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 203-232, 2005.
- _____. Os limites da participação dos trabalhadores nos ganhos das empresas. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 616-632, 2007.
- CORRÊA, D.; LIMA, G. T. Participação dos trabalhadores nos lucros e resultados das empresas: lições da experiência internacional. *Revista de Economia Contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 357-388, 2006.
- COSTA, F. H. R. *Jornada de trabalho e as recentes transformações no setor bancário brasileiro*. 2002. 135 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico)-Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.
- DAL ROSSO, S. *Mais trabalho: a intensificação do labor na sociedade contemporânea*. São Paulo: Boitempo, 2008.
- DEDECCA, C. S. *Racionalização econômica e trabalho no capitalismo avançado*. Campinas: Unicamp-IE, 1999. (Coleção Teses).
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. ed. Tradução Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. São Paulo: Cortez; Oboré, 1992.
- DEMETRIADES, S.; PEDERSINI, R. *Working time in the EU and other global economies*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2008.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. *Jornada de trabalho: lutas e história*. Boletim do Dieese n. 197, agosto, 1997. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/bol/int/intago97.xml>>. Acesso em: 02 out. 2009.
- _____. *Um balanço da participação dos trabalhadores nos lucros e resultados das empresas: 1996-1999*. São Paulo: 2000. (Pesquisa Dieese, n. 16)
- _____. *A negociação da jornada de trabalho por meio do banco de horas*. São Paulo: Dieese, 2002. (Kit do Seminário).
- _____. *Participação dos trabalhadores nos lucros ou resultados das empresas 2005*. São Paulo: Dieese, 2006. (Estudos e Pesquisa, n. 22)
- _____. *Anuário dos trabalhadores 2009*. 10. ed. São Paulo: Dieese, 2009. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/anu/anuarioTrabalhadores2009/Arquivos/>

- ANUARIO_TRABALHADORES_2009v.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2010.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS; SINDICATO DOS METALÚRGICOS DO ABC; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS METALÚRGICOS DA CUT. *Do holerite às compras: remuneração, preços e poder aquisitivo do tempo de trabalho em 17 municípios com produção automobilística no Brasil*. junho 2003. 91 p.
- FERREIRA, J. O. S. *A regulação pública da jornada de trabalho brasileira*. 2004. 211 f. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- FREITAS, R. A. *Tempo de trabalho e sindicalismo: uma análise da ação sindical na questão do tempo de trabalho (1980–2000)*. 2006. 205 f. Tese (Doutorado em Sociologia)-Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, 2006.
- GEURTS, S. A. E.; SONNENTAG, S. Recovery as an explanatory mechanism in the relation between acute stress reactions and chronic health impairment. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, v. 32, n. 6, p. 482-492, 2006.
- GOLLAC, M.; VOLKOFF, S. Citius, altius, fortius: l'intensification du travail. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n. 114, p. 54-67, sept. 1996.
- JANSSEN, D.; NACHREINER, F. Health and psychosocial effects of flexible working hours. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, supl, p. 11-18, 2004.
- KAFROUNI, M. A. S. *A participação nos lucros e resultados na indústria automobilística do Paraná: um sistema de trocas para além das mercadorias*. 2005. 156 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)-Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.
- KARASEK, R.; THEORELL, T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Book, 1990.
- KREIN, J. D. *Tendências recentes nas relações de emprego no Brasil: 1990-2005*. 2007. 329 f. Tese (Doutorado em Economia)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.
- LASSANCE MOREIRA, V. S. *Dobras da subjetividade: a remuneração variável como caso-pensamento do contemporâneo*. *Psico*, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 95-106, jan./abr. 2007.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LINHART, D. *A Desmedida do capital*. São Paulo: Boitempo, 2007.
- LOBO, E. M. L.; STOTZ, E. N. Põe o retrato do velho, tira o retrato do velho. O movimento sindical e o fim da Era Vargas: uma avaliação. *Revista Maracanã*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 114-152, 2004.
- MAAR, W. L. Por uma nova cultura política. *Margem esquerda: ensaios marxistas*, São Paulo, n. 1, p. 56-65, maio 2003.
- MANZANO, S. P. *Diagnóstico das condições de trabalho nas montadoras de veículos do ABC e no Paraná: um estudo sobre a modulação da jornada de trabalho e a PLR*. 2004. 135 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- MARÇOLA, J. A.; GONÇALVES FILHO, E. V.; FERNANDES, F. C. F. Horas anualizadas e planejamento da capacidade. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 16-29, 2002.
- MARTINS, S. S. Participação nos lucros ou resultados: oportunidade ou desafio para o movimento sindical? *Revista de Administração Contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 47-65, 2000.
- MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. Tradução Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, 1984a. v. 1.
- _____. *O Capital: crítica da economia política*. Tradução Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, 1984b. v. 1, Tomo 2.
- MENDONÇA, A. *A crise econômica e a sua forma contemporânea*. Lisboa: Caminho, 1990.
- MEYER, V. Tendências conjunturais da economia brasileira. *Conjuntura & Planejamento*, Salvador, n. 26, p. 1-3, jul. 1996.
- MOREIRA, V. B. *Critérios e condições dos planos de participação nos lucros ou nos resultados e sua inserção no controle de gestão: estudo de casos em indústrias do interior paulista*. 2007. 141 f. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- NAVARRO, V. Produção e estado de bem-estar: o contexto político das reformas. *Lua Nova*, São Paulo, n. 28/29, p. 157-199, 1993.
- PAIXÃO, A. E. *A subjetividade no “novo” tempo de trabalho: um estudo sobre a flexibilidade*. 2005. 177 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)-Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.
- PARKER, M.; SLAUGHTER, J. Unions and management by stress. In: BABSON, S. *Lean work: empowerment and exploitation in the global auto industry*. Detroit: Wayne State University Press, 1995. p. 41-53.
- PENKAL, R. J. *Quando a lógica do capital contagia o movimento sindical: qualidade total e o sindicalismo moderado produtivo nos metalúrgicos da Grande Curitiba*. 2005. 180 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)-Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.
- PIGNON, D.; QUERZOLA, J. Ditadura e democracia na produção. In: GORZ, A. *Crítica da divisão do trabalho*.

- Tradução Estela dos Santos Abreu. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 91-138.
- PREVITALLI, F. S. O caso Mercedes Benz ABC e Campinas. In: ANTUNES, R. *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006. p. 147-154.
- RODRIGUES, I. J. Um laboratório das relações de trabalho: o ABC paulista nos anos 90. *Tempo Social*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 137-157, 2002.
- ROTHSCHILD, E. Capitalismo, tecnologia, produtividade e divisão do trabalho na General Motors. In: MARGLIN, M. et al. *Divisão social do trabalho, ciência, técnica e modo de produção capitalista*. Porto: Publicações Escorpiano, 1974. p. 111-131.
- SALES, T. B. *Trabalho e reestruturação produtiva: o caso da Volkswagen em São Bernardo do Campo - SP*. São Paulo: Annablume, 2002.
- SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: UFRJ; Cortez, 1994.
- SINDICATO DOS METALÚRGICOS DO ABC. *Redução da jornada, limite de horas extras e reorganização do tempo de trabalho: as propostas dos metalúrgicos do ABC*. São Bernardo do Campo: Subseção Dieese, Departamento Jurídico, Departamento de Saúde do Trabalhador, Departamento de Comunicação do Sindicato e Assessoria Jurídica da CNM-CUT, 1993. 38 p.
- _____. *Acordos coletivos entre o Sindicato dos Metalúrgicos do ABC e a Mercedes Benz do Brasil S/A*. São Bernardo do Campo: Sindicato dos Metalúrgicos do ABC/Comissão de Fábrica/Comitê Sindical de Empresa dos Trabalhadores da Mercedes Benz, out. 2001.
- SINDICATO DOS METALÚRGICOS DO ABC; FORD MOTOR COMPANY BRASIL LTDA. *Acordo coletivo de trabalho sobre férias coletivas e concessão de banco de horas*. São Bernardo do Campo, 10 dez. 2008.
- SINDICATO DOS METALÚRGICOS DO ABC; VOLKSWAGEM DO BRASIL LTDA. *Acordo coletivo: plano de reestruturação fase 2 – Anchieta*. São Bernardo do Campo, 10 nov. 2006.
- _____. *Aditamento acordo coletivo: plano de reestruturação fase 2*. São Bernardo do Campo, 05 jun. 2007.
- SOCHACZEWSKI, S. Horas extras: novas formas, velhas intenções. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE SOCIOLOGIA DO TRABALHO, 5., Montevideo, 2007. *Anais...* Montevideo: ALAST, 2007. Disponível em: <<http://www.icesi.edu.co/ret/documentos/Ponencias%20pdf/287.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2010.
- STEWART, P. et al. Padrões de controle da mão de obra e a erosão dos padrões de trabalho: rumo a um estudo internacional da qualidade de vida no trabalho e na indústria automobilística (Canadá, Japão e Reino Unido). In: CARDOSO, A.; COVARRUBIAS, A. *A indústria automobilística nas Américas: a reconfiguração estratégica e social dos atores produtivos*. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 285-319.
- STOTZ, E. N. A reestruturação industrial na visão dos empresários brasileiros. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 52, p. 86-105, dez. 1996.
- _____. A Participação como fator produtivo; o papel dos CCQ em empresa multinacional. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DO TRABALHO, 5., Rio de Janeiro, 1997. *Anais...* Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Estudos do Trabalho, 1997. Disponível em: <<http://recantodasletras.uol.com.br/arquivos/499591.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2010.
- STOTZ, E. N. et al. Relatório da visita à planta industrial de uma montadora em São Bernardo do Campo-SP e da reunião com comissários de fábrica, diretores e técnicos do Departamento de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC, em setembro de 2009. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, out., 2009. 11 p. (mimeo).
- UVALÍĆ, M. Lessons from PEPPER I to PEPPER IV. In: LOWITZSCH, J.; HASHI, I.; WOODWARD, R. *The PEPPER IV Report: benchmarking of employee participation in profits and enterprise results in the member and candidate countries of the European Union*. Berlin: Institute for Eastern European Studies, Free University of Berlin, 2009. p. 189-189.
- VILLEGAS, J. et al. Trabajo y salud en la industria maquiladora mexicana: una tendencia dominante en el neoliberalismo dominado. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 123-134, 1997.
- ZYLBERSTAJN, H. A PLR e o mercado de capitais: desenhando a poupança participativa. In: CHAHAD, J. P. Z.; PICHETTI, P. *Mercado de trabalho no Brasil: padrões de comportamento e transformações institucionais*. São Paulo: FIPE, LTR; Brasília, DF: MTE, 2003a.
- _____. Banco de horas: da justificativa teórica à utilização prática no Brasil. In: CHAHAD, J. P. Z.; PICHETTI, P. *Mercado de trabalho no Brasil: padrões de comportamento e transformações institucionais*. São Paulo: FIPE, LTR; Brasília, DF: MTE, 2003b.

Mário Silveira de Almeida Barbosa¹
Ana Paula Scalia Carneiro²
José Geraldo Felix Seixas Maciel³
Elver Andrade Moronte¹
Poliana de Freitas La Rocca⁴
Adolfo Roberto Moreira Santos⁵

Silicose em trabalhadores de quartzito da região de São Thomé das Letras – Minas Gerais: dados iniciais indicam um grave problema de saúde pública

Silicosis among quartzite production workers of São Thomé das Letras – Minas Gerais region: initial data indicate serious public health issue

¹ Ex-residente de Medicina do Trabalho do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

² Pneumologista do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

³ Pneumologista da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, MG.

⁴ Estatística do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

⁵ Médico da Delegacia Regional do Trabalho de Minas Gerais.

Contato:

Ana Paula Scalia Carneiro

Ambulatório Bias Fortes

Alameda Álvaro Celso, 175, 7º andar.
Bairro Santa Efigênia. Belo Horizonte-
-MG.

CEP 30150-260

E-mail:

anapaula.scalia@gmail.com

Recebido: 16/11/2010

Revisado: 07/02/2011

Aprovado: 10/02/2011

Resumo

Introdução: A exploração da pedra São Thomé, na região de São Thomé das Letras-MG, é antiga e estimam-se 2.000 trabalhadores envolvidos em sua extração e beneficiamento. No entanto, a silicose entre eles não era, até recentemente, registrada de forma consistente. **Objetivo:** Delinear o perfil ocupacional e radiológico de um grupo de trabalhadores de quartzito. **Métodos:** Série de 46 casos provenientes de um grupo de 185 extratores e beneficiadores cujos dados ocupacionais e radiografias de tórax foram analisados em ambulatório especializado. **Resultados:** Todos os 185 trabalhadores eram do sexo masculino, com idade média de 41,3 anos e tempo de exposição mediano de 6,1 anos. As radiografias demonstraram imagens compatíveis com silicose em 46 (24,9%) deles. A ocorrência foi maior no setor de beneficiamento, onde também ocorreram os casos mais graves, incluindo três portadores de grandes opacidades e oito com formas aceleradas da doença. Os últimos, em geral mais jovens e com menor tempo de exposição, sugerem ter sido expostos a maiores concentrações de sílica. **Conclusão:** Apesar das limitações do estudo, a alta frequência de silicose encontrada no grupo sugere serem precárias as medidas de prevenção da exposição à sílica, especialmente em épocas mais recentes. Isto pode ser reflexo da mecanização intensa ocorrida nos últimos anos, portanto, ações de vigilância e prevenção devem ser priorizadas no setor.

Palavras-chave: silicose; pedras São Thomé; quartzito; sílica; pedreiras.

Abstract

Introduction: Quartzite quarrying has been a long ongoing activity in the region of São Thomé das Letras, Minas Gerais, Brazil, and 2000 workers are involved in its extraction and processing. However, only recently silicosis has been consistently reported. **Objective:** To describe the occupational and radiologic profiles of a group of workers in São Thomé stone production. **Methods:** Occupational and X-rays data were analyzed in a workers' health center, and a series of 46 cases were selected from a group of 185 extraction and processing workers. **Results:** All 185 subjects were male, with average age of 41.3 years and median exposure time of 6.1 years, and 46 of them (24.9%) presented radiological images compatible with silicosis. Silicosis was more frequent in stone processing, where the most severe cases were found, including 3 workers with large opacities and 8 with accelerated forms of the disease. The latter were, generally, of younger age and with shorter exposure time, suggesting exposure to higher silica concentrations. **Conclusion:** Despite the limitations of the study, the high occurrence of silicosis in the group suggests that adopted measures to prevent silica dust inhalation has been inefficient and have worsen in recent times as a consequence of the intense mechanization taken place in the last years. Adequate surveillance and prevention measures should, therefore, become priority in this industrial sector.

Keywords: silicosis; São Thomé stone; quartzite; silica; quarry.

Introdução

A silicose é uma pneumopatia ocupacional que representa um grave problema de saúde pública, principalmente nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil (ALGRANTI et al., 2003). É causada pela inalação de poeira de sílica livre cristalina, seguida por reação do tecido pulmonar à sua presença. A ocorrência e o desenvolvimento da doença apresentam forte gradiente dose-resposta em relação à inalação de sílica (BUCHANAN; MILLER; SOUTAR, 2003; HNIZDO; SLUIS-CREMER, 1993; HUGHES et al., 2001; ROSENMAN, 1996).

Já foi demonstrado que a exposição crônica à poeira de sílica pode causar outras doenças além da silicose, como: tuberculose pulmonar (HNIZDO; MURRAY, 1998), doença pulmonar obstrutiva crônica (HNIZDO; VALLYATHAN, 2003), enfisema pulmonar (HNIZDO; SLUIS-CREMER; ABRAMOWITZ, 1991), doenças autoimunes (STEENLAND; GOLDSMITH, 1995) e até câncer de pulmão (HUGHES et al. 2001, STEENLAND et al., 2001). Quanto ao último, a *International Agency for Research on Cancer* (IARC) classificou a sílica em 1997 como agente cancerígeno para humanos (grupo I) (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 1997).

O diagnóstico das pneumoconioses é baseado na radiografia de tórax em conjunto com as histórias clínicas e ocupacionais coerentes. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) há muitos anos desenvolveu uma padronização para qualificar e quantificar as alterações radiológicas das pneumoconioses, de modo que as lesões parenquimatosas são classificadas em relação à profundidade, forma e tamanho (INTERNATIONAL LABOR OFFICE, 2000). A quantificação dos pequenos nódulos da silicose varia em 12 subcategorias (0/-, 0/0, 0/1, 1/0, 1/1, 1/2, 2/1, 2/2, 2/3, 3/2, 3/3, 3/+). No Brasil, para fins de concessão de benefício previdenciário, considera-se caso de silicose aquele cuja leitura radiológica feita por dois leitores experientes tenha resultado maior ou igual a 1/0 (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, 1998).

No Brasil, o maior número de casos registrados da doença ocorre no estado de Minas Gerais. Destes, a maioria está relacionada à mineração subterrânea de ouro, principalmente na região de Nova Lima – MG (ALGRANTI et al., 2003). Outras atividades estão relacionadas à ocorrência de silicose no estado, como: pedreiras, garimpo e lapidação de pedras preciosas, indústria cerâmica, indústria metalúrgica, construção civil e jateamento de areia (CARNEIRO et al., 2002).

Em São Thomé das Letras – MG e região, a exploração da pedra São Thomé, também conhecida como pedra branca ou quartzito folhado, ocorre em escala crescente, representando a principal atividade econômica da região. Ela é largamente utilizada no revestimento de paredes e assentamento de pisos de construções há vários anos. Os quartzitos são rochas metamórficas que contêm

de 70% a 95% de quartzo em sua estrutura (FERNANDES; GODOY; FERNANDES, 2002).

Embora a prevalência de silicose seja conhecida nas atividades de beneficiamento de outros minerais rochosos, como o granito e ardósia (BON, 2006), até recentemente, não haviam referências descritas na literatura sobre silicose nos trabalhadores envolvidos na extração e no beneficiamento da pedra São Thomé.

Em 2008, segundo dados da Subdelegacia da Delegacia Regional do Trabalho (DRT) da região, estimou-se que a população total de expostos no mercado formal da região, excluindo empregados de setores administrativos, fosse de aproximadamente 1.200 e 800 trabalhadores, respectivamente para a extração e o beneficiamento. Sabe-se que existe ainda um número expressivo no mercado informal. Após visita a duas pedreiras e a uma empresa de beneficiamento da região, das quais se originavam alguns dos trabalhadores em estudo, pôde-se verificar que a exposição à poeira de sílica era evidente, principalmente nas atividades de beneficiamento da pedra, como serragem e polimento. Na extração, destacaram-se as atividades de perfurador e *blaster*. Além da exposição à sílica, os trabalhadores enfrentavam também outros riscos, como ruído, vibração, exposição por longas horas à luz solar, adoção de posturas inadequadas, risco de explosões e desmoronamentos. Uma característica observada também marcante do perfil deste trabalho na região é a alta rotatividade da mão de obra dos trabalhadores, que migram para outras empresas também de extração ou beneficiamento, e a história ocupacional não rara de trabalho informal com garimpo de pedras, inclusive com trabalho infantil.

Objetivo

Delinear o perfil ocupacional e radiológico de 185 trabalhadores de quartzito de São Thomé das Letras – MG e região.

Métodos

Este é um estudo piloto integrante de um projeto maior, interinstitucional, com participação da Fundação Jorge Duprat de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador (Cerest-MG), inserido no Hospital das Clínicas da UFMG, do Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae), do Programa Nacional de Eliminação da Silicose (PNES) e do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP – UFMG) em 27/07/07 (parecer 267/07).

Após denúncias à DRT, da existência de casos de silicose na região de São Thomé das Letras, aquela enviou ao Cerest-MG, no período de setembro de 2005 a julho de 2007, radiografias então recentes de 185 trabajado-

res da extração e do beneficiamento de quartzito para reavaliação mediante coleta dos mesmos em auditorias fiscais. Estes exames haviam sido previamente considerados alterados ou suspeitos da presença de imagens compatíveis com silicose pelo serviço de radiologia local.

No Cerest-MG, realizou-se um estudo tipo série de casos, baseado na revisão dos exames, com a finalidade de se verificar o diagnóstico de silicose, uma vez que todos os trabalhadores em questão estavam supostamente expostos à poeira de sílica.

Três leitores experientes realizaram leitura radiológica de acordo com a padronização da OIT, dentre eles dois Leitores B, de modo independente. O número de leitores para cada radiografia foi variável; 127 (68,7%) delas foram lidas por um leitor, 36 (19,5%) por dois e 22 (11,8%) por três. Isto ocorreu porque nem todas as radiografias ficaram disponíveis no Cerest por tempo suficiente para se proceder a duas ou mais leituras, haja vista a limitação de tempo imposta pela DRT local. Nas situações com duas leituras, o resultado final considerado foi o do leitor mais experiente. Já nas situações com três leituras, o resultado final foi a mediana das mesmas. A classificação da profusão das pequenas opacidades foi feita nas 12 subcategorias que, posteriormente, foram agrupadas de acordo com as quatro categorias principais: 0, 1, 2 e 3.

Alguns dados clínicos e ocupacionais já haviam sido coletados previamente por ocasião de fiscalização do MTE, por médico da DRT, através de anamnese. Após visita a São Thomé das Letras em junho de 2007, foram obtidos mais alguns dados com o mesmo profissional. Posteriormente, foram enviadas cartas às empresas que empregavam trabalhadores cujos dados estavam incompletos, contendo um questionário padronizado no qual se solicitavam informações de: data de nascimento, tempo de exposição e ramo de atividade da empresa. Para finalizar a coleta destes dados, foi feito contato telefônico dos pesquisadores com as empresas. Os dados foram correlacionados à presença, suspeita ou ausência de silicose, bem como aos seus graus de gravidade.

Paralelamente, diversas reuniões com empregados, empregadores, assim como autoridades de saúde locais foram realizadas, de forma que não houve conflitos de interesses de quaisquer ordens relacionados à elaboração do presente artigo. O sigilo de nomes de trabalhadores e empresas foi mantido.

Foram realizadas análises descritivas e univariadas. Para a comparação de proporções entre casos e não casos de silicose, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e Fisher. Para a verificação da normalidade, foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Na comparação de médias, o Teste t de Student para amostras independentes e, na comparação de medianas, o teste de Mann-Whitney e de Kruskal Wallis. O nível de significância (α) considerado foi de 0,05. Utilizou-se o pacote estatístico *SPSS 12.0 for Windows*.

Resultados

Dentre os 185 trabalhadores, reconheceram-se as empresas de proveniência de 156 (84,3%) consistindo-se em 34 diferentes empresas, de quatro municípios da região de São Thomé das Letras – MG.

A anamnese ocupacional foi empregada em 73 trabalhadores, que constituíam os casos de silicose suspeitos ou confirmados pelos serviços locais. Dentre estes, estavam 45 dos 46 casos diagnosticados pelo presente estudo. Os demais, que tiveram dados colhidos por meio de cartas e telefonemas, pertenciam aos não casos (exceto um) e a 20 diferentes empresas, das quais 16 (80,0 %) forneceram os dados solicitados.

Considerando-se conjuntamente a anamnese ocupacional e a resposta aos questionários e telefonemas, foram conhecidos dados de idade, tempo de exposição e ramo da empresa de, respectivamente, 132 (71,4%), 123 (66,4%) e 152 (82,2%) trabalhadores. Ressalta-se que o tempo de exposição obtido por telefonemas e cartas limitava-se apenas ao tempo da empresa atual dos trabalhadores, pois não foi colhida a história ocupacional completa de 112 trabalhadores (60,5%).

Todos os 185 trabalhadores eram do sexo masculino. A idade variou entre 21,1 a 63,3 anos (média de 41,3 anos, desvio padrão (DP) de 10,9 anos).

Quanto ao ramo de atividade, 27 (14,6%) eram da extração, 30 (16,2%) do beneficiamento, 95 (51,4%) de ambos e 33 (17,8%) desconhecido.

A qualidade das radiografias, de acordo com os critérios da OIT, foi considerada boa, de modo geral. De acordo com cada leitor, as classificações predominantes de qualidade dos exames foram: leitor 1 – qualidade 2 (60%), leitor 2 – qualidade 2 (45%) e leitor 3 – qualidade 1 (50%). Na **Tabela 1** encontra-se a distribuição dos resultados de classificação radiológica da profusão de pequenas opacidades, em 12 subcategorias (INTERNATIONAL LABOR OFFICE, 2000). Os principais tipos de opacidades primárias encontrados foram: q=22, r=10, p=6, s=4, t=2 e u=2. Para as opacidades secundárias, os números são os seguintes: q=21, u=7, p=5, t=5, r=5 e s=4. Foram encontrados sete portadores de grandes opacidades, sendo seis do tipo A e uma do tipo B. Dentre eles, quatro pertenciam ao ramo de extração e três ao de beneficiamento. Ao se incluir os sete portadores de grandes opacidades na categoria 3, por se tratarem de casos, em geral, clínica e radiologicamente mais graves, passaram a ser agrupados de acordo com as quatro categorias radiológicas principais: 23 (50,0%) na categoria 1, 14 (30,4%) na categoria 2 e 9 (19,6%) na categoria 3. A sua distribuição, de acordo com o ramo de atividade, está demonstrada na **Figura 1**.

Dentre os 46 portadores de silicose, 13 pertenciam ao ramo de extração, 20 ao de beneficiamento, 12 eram de ambos os ramos (mistos) e um era de ramo desconhecido. A média da idade dos portadores da doença foi de 46,5 anos (DP=10,4) e, dentre os não portadores, foi 38,7 anos (DP=10,2). A mediana do tempo de expo-

Tabela 1 Distribuição dos resultados da mediana das leituras radiológicas de acordo com a profusão de pequenas opacidades em 12 subcategorias, OIT – 2000. Trabalhadores de extração e beneficiamento de quartzito, São Thomé das Letras, MG, setembro/2005 a julho/2007

Profusão	Número de trabalhadores	Percentual (%) de ocorrência
0/-	1	0,5
0/0	127	68,6
0/1	10	5,4
1/0	9	4,9
1/1	10	5,4
1/2	5	2,7
2/1	5	2,7
2/2	11	5,9
2/3	2	1,1
3/2	1	0,5
3/3	3	1,6
3/+	0	0,0
Não informado	1	0,5
<i>Total</i>	185	100,0%

sição dos portadores da doença foi de 25 anos; dos não portadores foi de 2,6 anos. Foi detectada diferença significativa da idade e do tempo de exposição em função da presença de silicose (valores p menores que 0,001).

Considerando-se as diferenças entre os ramos de extração e beneficiamento (selecionando-se os trabalhadores que trabalharam somente em um ou outro ramo), encontrou-se que o tempo mediano de exposição para os trabalhadores da extração foi de 21 anos (mínimo de 1,8 e máximo de 43,0 anos), e para os do beneficiamento foi de 9 anos (mínimo de 0,8 e máximo de 35 anos). Esta diferença não foi estatisticamente significativa (p=0,109).

Em relação à idade, a mediana à época da radiografia para os trabalhadores do ramo de extração foi de 44,2 anos (mínimo de 32,2 e 61,1 anos), para os do beneficiamento foi de 36,8 (mínimo de 23,5 e 63,2 anos), sendo esta diferença estatisticamente significativa (p=0,046). Não foi detectada associação significativa entre o ramo de exposição e a presença de silicose (p=0,157).

Verificou-se que até julho de 2007, dentre os 46 casos de silicose, existiam 8 (17,4%) com silicose acelerada ou com rápida evolução, de acordo com o tempo de exposição e com as características de imagem apresentadas. Todos eles pertenciam ao ramo de beneficiamento. A

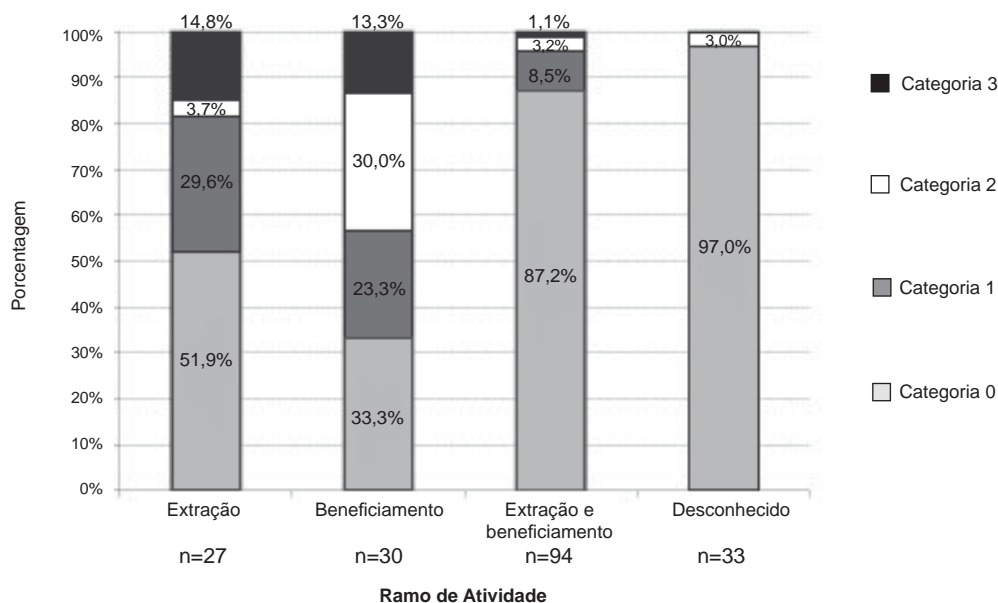


Figura 1 Distribuição da classificação radiológica nas quatro categorias principais em função do ramo de atividade. Extratores e beneficiadores de quartzito, São Thomé das Letras, MG, Setembro/2005 a Julho/2007

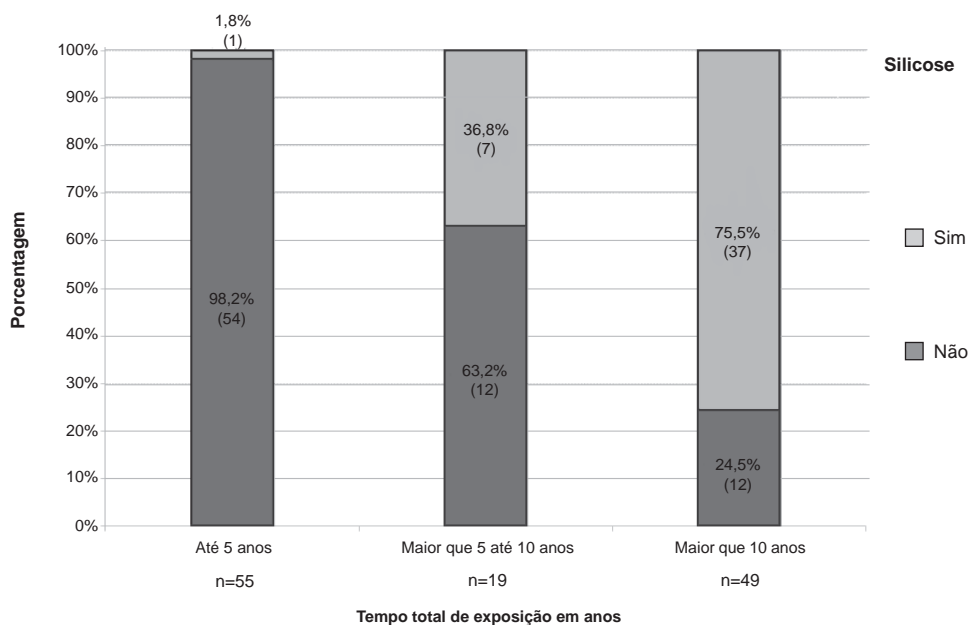


Figura 2 Distribuição do tempo de exposição em função da ocorrência de silicose. Extratores e beneficiadores de quartzito, São Thomé das Letras, MG, setembro/2005 a julho/2007

distribuição dos casos de acordo com as faixas de tempo de exposição está ilustrada na **Figura 2**. A **Figura 3** evidencia a evolução de um dos casos de silicose acelerada.

Em relação à classificação das pequenas opacidades nas quatro categorias radiológicas principais (INTERNATIONAL LABOR OFFICE, 2000), foram analisadas idade e tempo de exposição (**Figura 4**), sendo encontradas diferenças estatisticamente significativa entre as medianas das mesmas (Estatística Kruskal-Wallis=14,649; $p=0,002$. Kruskal-Wallis =

55,72; valor $p < 0,001$, respectivamente). Dentre os não portadores de silicose (categoria 0), as medianas de idade e tempo de exposição foram respectivamente de 37,9 anos e 2,6 anos. Dentre aqueles com silicose leve (categoria 1), foram de 48,5 anos de idade e 25 anos de exposição; dentre os com silicose moderada (categoria 2), foram de 49,8 anos de idade e 27 anos de exposição. Dentre aqueles com doença radiologicamente grave (categoria 3, incluindo os portadores de grandes opacidades), foram respectivamente 43,0 anos e 21 anos.

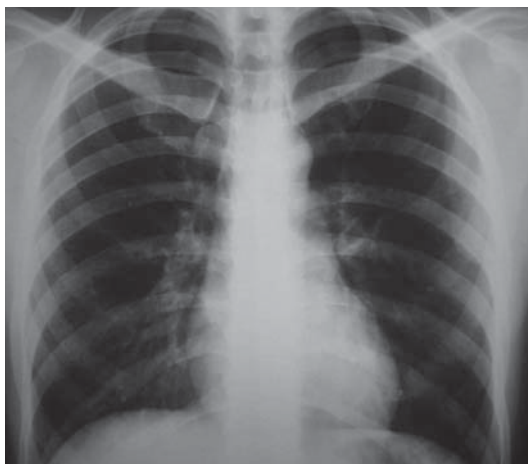


Foto A: Radiografia de tórax realizada em 2002, aos 29 anos de idade, 4 anos de exposição, classificação 1/0 p/q.



Foto B: Radiografia de tórax realizada em 2005, aos 32 anos de idade, 7 anos de exposição, classificação 3/3 q/t.

Figura 3 Evolução radiológica (de acordo com classificação da OIT) de beneficiador de pedra São Thomé

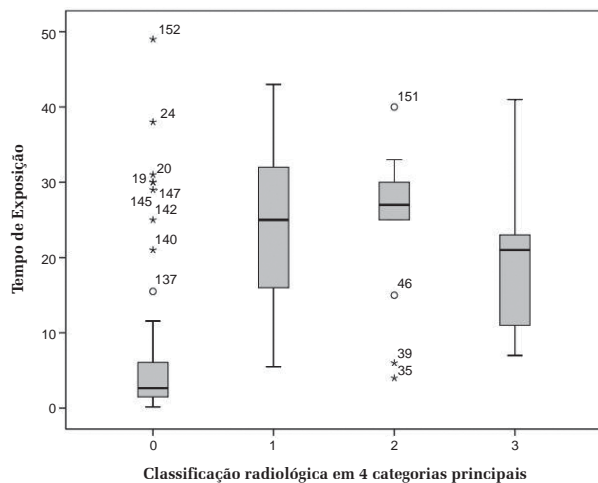


Figura 4a

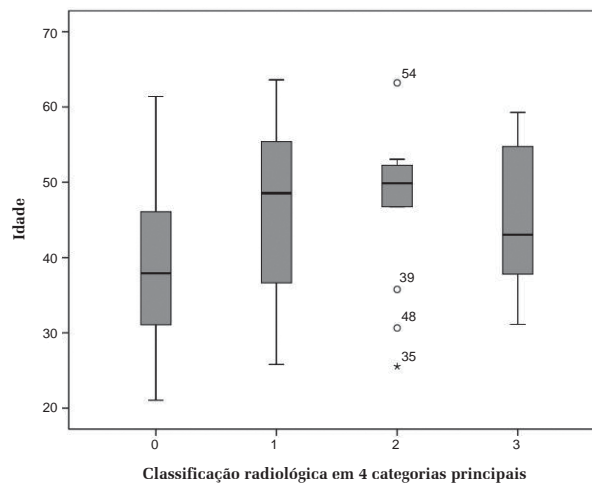


Figura 4b

Figura 4 Distribuição do tempo de exposição (4a) e da idade (4b) de acordo com a classificação radiológica nas quatro categorias principais (0, 1, 2 e 3). Extratores e beneficiadores de quartzito, São Thomé das Letras, MG, setembro/2005 a Julho/2007

Discussão

O presente estudo não tem a pretensão de estimar a prevalência de silicose em São Thomé das Letras, mas conseguiu evidenciar que a ocorrência de casos é preocupante. Os resultados demonstraram que 46 (24,9%) trabalhadores apresentavam alterações radiológicas compatíveis com silicose, incluindo casos em categorias avançadas e casos de silicose acelerada, apontando para a existência de altas cargas de exposição e com graves consequências para a saúde dos trabalhadores da região. Foi ainda verificado que a maior parte (66%) dos trabalhadores do beneficiamento apresentava alterações compatíveis com silicose, dentre os quais houve também uma maior gravidade dos casos, compatíveis com os de outros estudos já realizados em pedreiras (FRANCO, 1978). Na literatura brasileira, existem registros de formas aceleradas de silicose em outros ramos de exposição, como em cavadores de poços e jateadores de areia (CASTRO; BETHLEM, 1995; HOLANDA, 1999).

Sabe-se que a ocorrência de silicose depende tanto da duração como da intensidade de exposição, no entanto, no presente estudo, ainda não foram feitas medições da concentração de poeira. Neste, ao contrário do que se espera em situações de exposição temporalmente estável, os trabalhadores mais jovens e com menor tempo de exposição apresentaram tendência a desenvolver formas mais graves de silicose (categoria 3), conforme observado na **Figura 4**. Portanto, pode ser inferido que tenha ocorrido maior intensidade de exposição, justificando a maior gravidade destes casos, ocorridos em épocas mais recentes. Este achado pode ser reflexo da mecanização

intensa ocorrida nos processos de trabalho do beneficiamento nos últimos anos, causando, em última análise, maior adoecimento em relação a décadas passadas.

Em nosso meio, é grande a busca de benefícios previdenciários por estes trabalhadores; da mesma forma, é intensa a procura de ambulatórios do Sistema Único de Saúde em busca de verificação de diagnóstico e de assistência clínica em função da silicose e/ou de suas complicações. Em relação às últimas, ressalta-se a coexistência da tuberculose com a silicose, ou mesmo a dificuldade que pode ocorrer no diagnóstico diferencial entre ambas. Neste sentido, destaca-se que os municípios do presente estudo apresentaram taxas de tuberculose mais altas do que as de Minas Gerais, que nos anos de 2007 e 2008 foram de, respectivamente, 23,82 e 22,89 por 100.000 habitantes⁶. Nos quatro municípios, em média, as taxas foram de 30,9 e 55,5 para os mesmos anos⁷.

A silicose é uma doença ocupacional que permanece como um sério problema de saúde pública pela alta incidência e prevalência nos países em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a OIT iniciaram, conjuntamente, em 1995, um programa que visa à eliminação da silicose como problema de saúde pública (FEDOTOV, 1997), e o Brasil participa desta iniciativa desde 2000 através do Programa Nacional de Eliminação da Silicose (ALGRANTI et al., 2004). No entanto, grande parte do sucesso deste programa dependerá da correta identificação dos focos da doença e da compreensão da dinâmica de adoecimento em tais locais. Assim, nos municípios ou setores da economia nos quais a silicose representa um problema de saúde pública confirmado, deverá ser prio-

⁶ PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/>>. Acesso em: 26 jul. 2010.

⁷ SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>>. Acesso em: 26 jul. 2010.

rizada a implementação de eficientes mecanismos de controle ambiental nos locais de trabalho, assim como de utilização de adequadas medidas de vigilância sobre os expostos, privilegiando-se as medidas preventivas. Neste sentido, o diagnóstico da doença em sua fase precoce, com o afastamento rápido destes casos da exposição, poderá contribuir para que a ambiciosa meta deste programa seja atingida, especialmente contribuindo para prevenção de evolução para formas mais graves de silicose, que podem resultar em insuficiência respiratória e até óbito. No presente estudo, a maior parte dos casos já havia sido afastada da exposição após a notificação realizada pela DRT, no entanto, na maioria deles isto não ocorreu em fase precoce da doença.

Este estudo reflete parte da realidade do adoecimento dos trabalhadores do setor formal de trabalho com quartzo em São Thomé das Letras-MG e região pelo fato de as fiscalizações do Ministério do Trabalho serem dirigidas para este setor. No entanto, é sabido que existem várias pequenas empresas informais onde as condições de trabalho e de exposição à sílica são potencialmente piores, favorecendo maior adoecimento. A isto é somado o fato de que na informalidade a notificação da silicose é praticamente inexistente. Ao serem consideradas estas questões, o problema da silicose adquire proporções bem maiores, o que traz à tona a severidade da situação.

Como limitações do estudo atual, podem ser citadas: a análise apenas de exames de imagem já suspeitos de alterações (pré-seleção), o que poderia contribuir para uma superestimação do percentual de casos; e o fato de ter sido obtido o tempo de exposição de alguns trabalhadores apenas na última empresa (carta ou telefone) devido à impossibilidade, até o momento, de ir a campo para fazer anamnese ocupacional de todos os trabalhadores. Entretanto, o já aprovado projeto de estudo contará com metodologia mais rigorosa com o objetivo de traçar um perfil o mais próximo possível da situação real de adoecimento por silicose dos trabalhadores da região.

Desde os primeiros relatos da ocorrência de casos na região, foram iniciadas reuniões e eventos, paralelamente ao desenvolvimento do projeto citado. A primeira delas, no final de 2005, ocorreu no Cerest-MG e, a partir daí,

outras se deram com participação de médicos do trabalho e radiologistas da região de São Thomé das Letras e Furnas-MG, bem como representantes da Fundacentro, da DRT, do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), do Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM), da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e integrantes do Programa de Saúde da Família (PSF) da região. Foram realizadas visitas à região de São Thomé das Letras pela Fundacentro, pelo Sebrae e pela DRT. Participaram de alguns eventos e foram ouvidos os trabalhadores da mineração e da extração com objetivo de iniciar esclarecimentos sobre o problema da silicose e da exposição à sílica, assim como convidar todos os envolvidos no contexto do problema para participarem do projeto de pesquisa.

Conclusão

Foi demonstrada uma alta ocorrência de silicose nos trabalhadores desta casuística, apesar das limitações do estudo. Isto sugere a presença de exposições descontroladas, especialmente em épocas mais recentes, o que deve servir de alerta para adoção de novas práticas de mineração e beneficiamento que procurem minimizar a exposição dos trabalhadores à sílica. Para tanto, devem ser considerados diversos tipos de ações em Saúde do Trabalhador, com caráter multidisciplinar e de forma articulada. Os trabalhadores expostos a esta grave realidade devem ser ouvidos e estimulados a exercer seu indispensável papel, como principais atores envolvidos, propondo novas formas de se trabalhar com maior proteção à saúde, à segurança e à dignidade.

De forma ideal, deve haver uma boa articulação entre todas as áreas do conhecimento relacionadas ao problema, a sociedade e o SUS, que tem importância fundamental e indispensável como porta de entrada do trabalhador que busca assistência à saúde. Com a implantação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e proposta de capacitação das equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde para assistir aos trabalhadores com doenças relacionadas ao trabalho e doenças profissionais, haverá a possibilidade de se fazer o diagnóstico de silicose em fases iniciais.

Contribuições de autoria

Barbosa, M. S. de A. e Carneiro, A. P. S.: participaram da elaboração do projeto, da coleta de dados e da interpretação de sua análise, da redação do texto e da revisão da versão final; Maciel, J. G. F. S., Moronte, E. A. e Santos, A. R. M.: participaram da elaboração do projeto, da coleta de dados, da redação do texto e da revisão da versão final; La Rocca, P. de F.: participou da montagem do banco de dados, foi responsável pelas análises estatísticas e sua interpretação, participou da redação do texto e da revisão da versão final.

Referências

ALGRANTI, E. et al. Patologia respiratória relacionada com o trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Patologia do trabalho*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. p. 1329-1397.

_____. et al. Exposición a sílice y silicosis en el Programa Nacional de Eliminación de Silicosis en Brasil (PNES). *Ciência Trabalho*, v. 6, p. 1-13, 2004.

- BON, A. M. T. *Exposição ocupacional à sílica e silicose entre trabalhadores de marmorarias no Município de São Paulo*. 2006. 204 f. Tese (Doutorado)–Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Ambiental, São Paulo, 2006.
- BUCHANAN, D.; MILLER, B. G.; SOUTAR, C. A. Quantitative relations between exposure to respirable quartz and risk of silicosis. *Occupational and Environmental Medicine*, London, v. 60, n. 3, p. 159-164, Mar. 2003.
- CARNEIRO, A. P. S. et al. Perfil de 300 trabalhadores expostos à sílica atendidos ambulatorialmente em Belo Horizonte. *Jornal de Pneumologia*, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 329-334, nov./dez. 2002.
- CASTRO, H. A.; BETHLEM, E. P. A silicose na indústria naval do Estado do Rio de Janeiro: análise parcial. *Jornal de Pneumologia*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 13-16, 1995.
- FEDOTOV, I. A. Global Elimination of Silicosis: The ILO/WHO International Programme. *Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety*, Helsinki, v. 4, n. 2, p. 34-35, 1997. Mineral dusts and prevention of silicosis.
- FERNANDES, T. M. G.; GODOY, A. M.; FERNANDES, N. H. Caracterização petrográfica química e tecnológica dos quartzitos do centro produtor de São Tomé das Letras, sudoeste do estado de Minas Gerais. In: SIMPÓSIO DE ROCHAS ORNAMENTAIS DO NORDESTE, 3., 2002. Recife. *Anais...* Recife: Centro de Tecnologia Mineral, 2002. p. 38-42.
- FRANCO, A. R. Silicose pulmonar em trabalhadores de pedreiras. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 6, n. 23, p. 21-59, jul./set. 1978.
- HNIZDO, E.; MURRA, Y. J. Risk of pulmonary tuberculosis relative to silicosis and exposure to silica dust in South African gold miners. *Occupational and Environmental Medicine*, London, v. 55, n. 7, p. 496-502, 1998.
- HNIZDO, E.; SLUIS-CREMER, G. K. Risk of silicosis in a cohort of white South African gold miners. *American Journal of Industrial Medicine*, United States, v. 24, n. 4, p. 447-457, 1993.
- HNIZDO, E.; SLUIS-CREMER, G. K.; ABRAMOWITZ, J. A. Emphysema type in relation to silica dust exposure in South African gold miners. *The American Review of Respiratory Disease*, United States, v. 143, n. 6, p. 1241-1247, 1991.
- HNIZDO, E.; VALLYATHAN, V. Chronic obstructive pulmonary disease due to occupational exposure to silica dust: a review of epidemiological and pathological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, England, v. 60, n. 4, p. 237-43, 2003.
- HOLANDA, M. A. et al. Silicose em cavadores de poços da região de Ibiapaba (CE): da descoberta ao controle. *Journal de Pneumologia*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 1-11, 1999.
- HUGHES, J. M. et al. Cohort mortality study of North American industrial sand workers. II. case-referent analysis of lung cancer and silicosis deaths. *The Annals of Occupational Hygiene*, England, v. 45, n. 3, p. 201-207, 2001.
- INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. Ordem de Serviço nº 609, de 5 de agosto de 1998. Aprova norma técnica sobre pneumoconioses. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 19 de agosto de 1998. Seção 1, p. 53-60.
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: silica, some silicates, Coal Dust and Para-Aramid Fibrils. *IARC*, Lyon, v. 68, p. 15-22, Oct. 1997.
- INTERNATIONAL LABOR OFFICE. Guidelines for the use of ILO international classification of radiographs of pneumoconiosis. ed. rev. Geneva: International Labor Office, 2000. (Occupational safety and health series, 22).
- ROSENMAN, K. D. Silicosis among foundry workers. Implication for the need to revise the OSHA standard. *American Journal of Epidemiology*, United States, v. 144, n. 9, p. 890-900, 1996.
- STEENLAND, K. et al. Pooled exposure-response analyses and risk assessment for lung cancer in 10 cohorts of silica-exposed workers: an IARC multicentre study. *Cancer Causes and Control*, Netherlands, v. 2, n. 9, p. 773-784, 2001.
- STEENLAND, K.; GOLDSMITH, D. F. Silica exposure and autoimmune diseases. *American Journal of Industrial Medicine*, United States, v. 28, p. 603-608, 1995.

Errata

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, volume 35, número 122, p. 374, jul./dez. 2010.

Em “Agradecimentos aos consultores *ad hoc* desta edição”, onde se lê Maria de Fátima Ferreira dos Santos, leia-se Maria de Fátima Franco dos Santos.

Agradecimentos aos consultores ad hoc desta edição

Agnes Olschowsky – UFRS – Porto Alegre, RS
Anadergh Barbosa de Abreu Branco – UnB – Brasília, DF
Andréia de Fátima Nascimento – FCMSCSP – São Paulo, SP
Anete Aparecida de Souza Farina – USP – São Paulo, SP
Anísio José da Silva Araújo – UFPB – João Pessoa, PB
Angela Paula Simonelli – UFSCar – São Carlos, SP
Angelo Soares – UQAM – Montréal, Canadá
Christiane Girard Ferreira Nunes – UnB – Brasília, DF
Claudia de Souza Lopes – UERJ – Rio de Janeiro, RJ
Cláudio Garcia Capitão – USF – Itatiba, SP
Diana Lúcia Moura Pinho – UNB – Brasília, DF
Dulce Sauaya – UBA – Buenos Aires, Argentina
Eduardo Mello De Capitani – Unicamp – Campinas, SP
Elisabeth Zulmira Rossi – UnB – Brasília, DF
Fernanda Cristina Marquetti – Unifesp – Santos, SP
Flávio Roberto Carvalho Ferraz – USP – São Paulo, SP
Francisco Antonio de Castro Lacaz – Unifesp – São Paulo, SP
Gisele Toassa – UFG – Goiânia, GO
Heleno Rodrigues Corrêa Filho – Unicamp – Campinas, SP
Hermano Albuquerque de Castro – Fiocruz – Rio de Janeiro, RJ
Ione Vasques-Menezes – UnB – Brasília, DF
Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira – USP – São Paulo, SP
João Bosco Feitosa dos Santos – UECE – Fortaleza, CE
Jose Dari Krein – Unicamp – Campinas, SP
Julia Issy Abrahao – UnB – Brasília, DF
Katia Maria T. Santorum – UFBA – Salvador, BA
Laura Helena Silveira Guerra de Andrade – USP – São Paulo, SP
Leonardo Gomes Mello e Silva – USP – São Paulo, SP
Lilían Vieira Magalhães – UWO – London, Canadá
Liliana Rolfsen Petrilli Segnini – Unicamp – Campinas, SP
Luciana Neves Nunes – UFRS – Porto Alegre, RS
Mara Takahashi – CEREST – Piracicaba, SP
Maria Chalfin Coutinho – UFSC – Florianópolis, SC
Maria da Graça Garcia Andrade – Unicamp – Campinas, SP
Maria Helena Barros de Oliveira – Fiocruz – Rio de Janeiro, RJ
Maria Luisa Sandoval Schmidt – USP – São Paulo, SP
Marieta Gouveia de Oliveira Penna – Unifesp – São Paulo, SP
Mário César Ferreira – UnB – Brasília, DF
Mary Yale Rodrigues Neves – UFF – Rio de Janeiro, RJ
Miguel Matrajt – UAEM – Cuernavaca, México
Nadya Araujo Guimarães – USP – São Paulo, SP

Nise Maria Tavares Jinkings – UFSC – Florianópolis, SC
Paulo Antonio de Carvalho Fortes – USP – São Paulo, SP
Petilda Serva Vazquez – Unijorge – Salvador, BA
Raquel Maria Rigotto – UFC – Fortaleza, CE
Renato Luiz Marchetti – USP – São Paulo, SP
Renato Marchi – PUC – Campinas, SP
Rosângela da Costa Lima – UFGD – Dourados, MS
Rosemary Corrêa Pereira – ANS – Rio de Janeiro, RJ
Sadi Dal Rosso – UnB – Brasília, DF
Selma Lancman – USP – São Paulo, SP
Sheila Gonçalves Câmara – Ulbra – Canoas, RS
Silvana Nair Leite – UFSC – Florianópolis, SC
Sílvia Yasui – Unesp – Assis, SP
Sonia Grubits – UCDB – Campo Grande, MS
Suyanna Linhales Barker – UERJ – Rio de Janeiro, RJ
Tatiana Slonczewski Caselli Messias – PUC – Campinas, SP

Normas para publicação na Revista

Instruções aos autores

As opiniões emitidas pelos autores são de sua inteira responsabilidade. A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento de princípios éticos e ao atendimento das legislações pertinentes a esse tipo de pesquisa no país em que foi realizada. Para os trabalhos realizados no Brasil, será exigida informação acerca de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. As informações deverão constar do conteúdo do manuscrito.

A RBSO apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde - OMS (<http://www.who.int/ictrp/en/>) e do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE (<http://www.wame.org/wamestmt.htm#trialreg> e http://www.icmje.org/publishing_10register.html), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE: http://www.icmje.org/faq_clinical.html. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

É de responsabilidade do(s) autor(es) a obtenção de autorizações, junto a outros autores e/ou editores, referentes a direitos autorais para uso de imagens, de figuras, de tabelas, de métodos e de outros elementos que as necessitem, que tenham sido anteriormente publicados.

Modalidades de contribuições

Artigo: contribuição destinada a divulgar resultados de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, *abstract*, tabelas, figuras e referências).

Revisão: avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto; deve-se citar o objetivo da revisão, especificar (em métodos) os critérios de busca na literatura e o universo pesquisado, discutir os resultados obtidos e sugerir estudos no sentido de preencher lacunas do conhecimento atual (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, *abstract*, tabelas, figuras e referências).

Ensaio: reflexão circunstanciada, com redação adequada ao escopo de uma publicação científica, com maior liberdade por parte do autor para defender determinada posição, que vise a aprofundar a discussão ou que apresente nova contribuição/abordagem a respeito de tema relevante (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo títulos, resumo, *abstract*, tabelas, figuras e referências).

Relato de experiência: relato de caso original de intervenção ou de experiência bem-sucedida; deve indicar uma experiência inovadora, com impactos importantes e que mostre possibilidade de reprodutibilidade. O manuscrito deve explicitar a caracterização do problema e a descrição do caso de forma sintética e objetiva; apresentar e discutir seus resultados, podendo, também, sugerir recomendações; deve apresentar redação adequada ao escopo de uma publicação científica, abordar a metodologia empregada para a execução do caso relatado e para a avaliação dos seus resultados, assim como referências bibliográficas pertinentes (até 56.000 caracteres, incluindo espaços, excluindo títulos, resumo, *abstract*, tabelas, figuras e referências).

Comunicação breve: relato de resultados parciais ou preliminares de pesquisas ou divulgação de resultados de estudo de pequena complexidade (até 15.000 caracteres, incluindo espaços excluindo títulos, resumo, *abstract*, tabelas, figuras e referências).

Resenha: análise crítica sobre livro publicado nos últimos dois anos (até 11.200 caracteres, incluindo espaços).

Carta: texto que visa a discutir artigo recente publicado na revista (até 5.600 caracteres, incluindo espaços).

Processo de julgamento das contribuições

Os trabalhos submetidos em acordo com as normas de publicação e com a política editorial da RBSO serão avaliados pelo Editor Científico que considerará o mérito da contribuição. Não atendendo, o trabalho será recusado. Atendendo, será encaminhado a consultores *ad hoc*.

Cada trabalho será avaliado por, ao menos, dois consultores de reconhecida competência na temática abordada.

Com base nos pareceres emitidos pelos consultores e nas avaliações realizadas por editores associados, o Editor Científico decidirá quanto à aceitação do trabalho, indicando, quando necessário, que os autores efetuem alterações no mesmo, o que será imprescindível para a sua aprovação. Nestes casos, o não cumprimento dos prazos estabelecidos para as alterações poderá implicar na recusa do trabalho.

A recusa de um trabalho pode ocorrer em qualquer momento do processo, a critério do Editor Científico, quando será emitida justificativa ao autor.

O processo de avaliação se dará com base no anonimato entre as partes (consultor-autor).

A secretaria da revista não se obriga a devolver os originais dos trabalhos que não forem publicados.

Conflitos de interesses

Autores, revisores e editores devem explicitar possíveis conflitos de interesses, evidentes ou não, relacionados à elaboração ou avaliação de um manuscrito submetido. Os conflitos podem ser de ordem financeira/comercial, acadêmica, política ou pessoal. Todas as formas de apoio e financiamento à execução do trabalho apresentado pelo manuscrito submetido devem ser explicitadas pelos autores. O revisor/avaliador também deve apresentar à editoria da revista eventuais conflitos de interesses que possam influenciar a sua análise ou opinião e manifestar, quando for o caso, a impropriedade ou inadequação de sua participação como revisor de um determinado manuscrito.

Preparo dos trabalhos

Serão aceitas contribuições originais em português ou espanhol. A correção gramatical é de responsabilidade do(s) autor(es).

O texto deverá ser elaborado empregando fonte Times New Roman, tamanho 12, em folha de papel branco, com margens laterais de 3 cm e espaço simples e devem conter:

Página de rosto (todos os itens devem ser informados no manuscrito encaminhado)

- Modalidade do trabalho.
- Título na língua principal (português ou espanhol) e em inglês. Deve ser pertinente, completo e sintético. Deve incluir informação geográfica (localidade) e temporal (período de realização do estudo), quando apropriado.
- Nome e sobrenome completo de cada autor.
- Instituição a que cada autor está filiado, incluindo cidade e país onde está localizada.
- Contribuições de autoria: a contribuição de cada autor deve ser declarada. De acordo com a recomendação do International Committee of Medical Journal Editors, o critério de autoria de artigos deve necessariamente atender simultaneamente às seguintes condições: 1. contribuição substancial no projeto e no delineamento, no levantamento de dados ou na sua análise e interpretação; 2. elaboração do manuscrito ou contribuição importante na sua revisão crítica; 3. aprovação final da versão a ser publicada.

Obtenção de financiamento, coleta de dados ou apenas supervisão geral do grupo de pesquisa não constituem autoria. Todas as pessoas designadas como autores devem atender aos critérios de autoria e todos que atendem aos critérios devem ser designados como autores. Cada autor deve ter participado suficientemente no trabalho para assumir a responsabilidade pública por seu conteúdo. Os colaboradores que não atendem a todos os critérios de autoria devem ser citados nos agradecimentos.

f) Nome, endereço, telefone e endereço eletrônico do autor de contato, para troca de correspondência com a secretaria / editoria da RBSO.

g) Nome de um dos autores, com respectivo endereço postal e endereço eletrônico, para publicação no artigo como forma de contato com os autores.

h) Informar se o trabalho foi ou não subvencionado; em caso positivo, indicar o tipo de auxílio, o nome da instituição ou agência financiadora e o respectivo número do processo.

i) Informar se há conflitos de interesses (ver acima).

j) Informar se o trabalho é ou não baseado em tese; em caso positivo, indicar título, ano de defesa e instituição onde foi apresentada.

k) Informar se o trabalho foi ou não apresentado em reunião científica; em caso positivo, indicar o nome do evento, local, data da realização e se foi publicado nos anais na forma de resumo ou integral.

l) Local e data do envio do artigo.

Corpo do texto

a) Título na língua principal (português ou espanhol) e em inglês.

b) Resumo: Os manuscritos para as seções artigos, revisões e ensaios devem ter resumo na língua principal (português ou espanhol) e em inglês, com um máximo de 1400 caracteres cada, incluindo espaços.

c) Palavras-chave / descritores: Mínimo de três e máximo de cinco, apresentados na língua principal (português ou espanhol) e em inglês. Sugere-se aos autores que utilizem o vocabulário controlado DeCS (<http://decs.bvs.br>) adotado pela LILACS.

d) O desenvolvimento do texto deve atender às formas convencionais de redação de artigos científicos.

e) Citações: A revista se baseia na norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 10520, versão de 2002. As citações entre parênteses devem ser feitas em caixa alta (maiúsculas) e fora de parênteses em caixa baixa (minúsculas). As citações indiretas ao longo do texto devem trazer o sobrenome do autor e ano da publicação, como em Souza (1998) ou (SOUZA, 1998). Para dois autores: Lima e Araújo (2006) ou (LIMA; ARAÚJO, 2006). Quando houver três autores: Vilela, Iguti e Almeida (2004) ou (VILELA; IGUTI; ALMEIDA, 2004). No caso de citações com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro autor deverá aparecer, acrescido de et al., como em Silva et al. (2000) ou (SILVA et al., 2000). Tratando-se de citação direta (literal), o autor deverá indicar o(s) número(s) da(s) página(s) de onde o texto citado foi transcrito, como nos exemplos a seguir: Ex.1- ... conforme descrito por Ali (2001, p. 17): "Grande número dessas dermatoses não chegam às estatísticas e sequer são atendidas no próprio ambulatório da empresa". Ex.2- (SOUZA; SILVA; ALMEIDA, 2004, p. 24). Ex.3, quando houver quatro ou mais autores - (FONSECA et al., 2003, p. 41). As citações diretas de até três linhas devem estar contidas entre aspas duplas, conforme o Ex.1 acima. As citações diretas com mais de três linhas devem ser destacadas com recuo de 4 cm da margem esquerda, com fonte menor que a utilizada no texto e sem aspas. Ex:

A teleconferência permite ao indivíduo participar de um encontro nacional sem a necessidade de deixar seu local de origem. Tipos comuns de teleconferência incluem o uso da televisão, telefone e computador... (NICHOLS, 1993, p. 181).

f) A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do trabalho. As citações deverão ser listadas nas referências ao final do artigo, que devem ser em ordem alfabética e organizadas com base na norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 6023, versão de 2002. Os exemplos apresentados a seguir têm um caráter apenas de orientação e foram elaborados de acordo com essa norma:

Livro

WALDVOGEL, B. C. *Acidentes do trabalho: os casos fatais – a questão da identificação e da mensuração*. Belo Horizonte: Segrac, 2002.

Capítulo de livro

NORWOOD, S. Chemical cartridge respirators and gas masks. In: CRAIG, E. C.; BIRKNER, L. R.; BROSSEAU, L. *Respiratory protection: a manual and guideline*. 2. ed. Ohio: American Industrial Hygiene Association, 1991. p. 40-60.

Artigos de periódicos

BAKER, L.; KRUEGER, A.B. Medical cost in workers compensation insurance. *Journal of Health Economics*, Netherlands, v. 14, n. 15, p. 531-549, 1995.

GLINA, D. M. R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 607-616, maio/jun. 2001.

Artigo ou matéria de revista, jornal etc.

NAVES, P. Lagos andinos dão banho de beleza. Folha de São Paulo, São Paulo, 28 jun. 1989. Folha Turismo, Caderno 8, p. 13.

Tese, dissertação ou monografia

SILVA, E. P. *Condições de saúde ocupacional dos lixeiros de São Paulo*. 1973. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental)—Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1973.

Evento como um todo

SEMINÁRIO PROMOÇÃO DA SAÚDE AUDITIVA: ENFOQUE AMBIENTAL, 2., 2002, Curitiba. *Anais...* Curitiba: Universidade Tuiuti do Paraná, 2002.

Resumo ou trabalho apresentado em congresso

FISCHER, R. M.; PIRES, J. T.; FEDATO, C. The strengthening of the participatory democracy. In: INTERNATIONAL CONFERENCE OF INTERNATIONAL SOCIETY FOR THIRD-SECTOR RESEARCH (ISTR), 6., 2004, Toronto. *Proceedings...* Toronto: Ryerson University, 2004. v. 1, p. 1.

Relatório

FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. Relatório de Gestão 1995-2002. São Paulo, 2003. 97p.

Relatório técnico

ARCURI, A. S. A.; NETO KULCSAR, F. Relatório Técnico da avaliação qualitativa dos laboratórios do Departamento de Morfologia do Instituto de Biociências da UNESP. São Paulo. Fundacentro. 1995. 11p.

CD-ROM

SOUZA, J. C. et al. Tendência genética do peso ao desmame de bezerros da raça nelore. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ZOOTECNIA, 35, 1998, Botucatu. *Anais...* Botucatu: UNESP, 1998. 1 CD-ROM.

MORFOLOGIA dos artrópodes. In: ENCICLOPÉDIA multimídia dos seres vivos. [S.l.]: Planeta DeAgostini, 1998. CD-ROM 9.

Fita de vídeo

CENAS da indústria de galvanoplastia. São Paulo: Fundacentro, 1997. 1 videocassete (20 min), VHS/NTSC., son., color.

Documento em meio eletrônico

BIRDS from Amapá: banco de dados. Disponível em: <<http://www.bdt.org>>. Acesso em: 28 nov. 1998.

ANDREOTTI, M. et al. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2006.

Legislação

BRASIL. Lei nº 9.887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 dez. 1999.

Constituição Federal

BRASIL. Constituição (1988). Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 52 de 08 de março de 2006. Brasília, DF, Senado, 1988.

Decretos

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 48.822, de 20 de janeiro de 1988. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, São Paulo, v. 63, n. 3, p. 217-220, 1998

g) Tabelas, quadros e figuras: Serão publicadas em Preto e Branco. Devem ser apresentados um a um, em folhas separadas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citados no texto. A cada um deve ser atribuído um título sintético contextualizando os dados apresentados. Nas tabelas o título deve ser posicionado acima do corpo principal. Nas fotos e ilustrações o título deve ser posicionado abaixo do corpo principal. Nas tabelas não devem ser utilizadas linhas verticais. Fontes, notas e observações referentes ao conteúdo das tabelas, quadros e figuras devem ser apresentadas abaixo do corpo principal das mesmas. As figuras (gráficos, fotos, esquemas etc.) também deverão ser apresentadas, uma a uma, em arquivos separados, em formato de arquivo eletrônico para impressão de alta qualidade (não encaminhar em arquivo Word, extensão

.doc). Os gráficos devem ser executados no software Excel (extensão .xls) e enviados no arquivo original. Fotos e ilustrações devem apresentar alta resolução de imagem, não inferior a 300 dpi. As fotos devem apresentar extensão .jpg ou .eps ou .tiff. Ilustrações devem ser executadas no software Coreldraw, versão 10 ou menor (extensão .cdr) ou Illustrator CS2 (extensão .ai), sendo enviadas no arquivo original. A publicação de fotos e ilustrações estará sujeita à avaliação da qualidade para publicação. As figuras não devem repetir os dados das tabelas. O número total de tabelas, quadros e figuras não deverá ultrapassar 5 (cinco) no seu conjunto.

tabelas, quadros, diagramas, esquemas	Word (.doc)
gráficos	Excel (.xls)
fotografias	.jpg ou .tiff ou .eps (300 DPIs - mínimo de resolução)
Ilustrações (desenhos)	Corel Draw (.cdr), versão 10 ou menor ou Illustrator CS5 (.ai)

h) Agradecimentos (opcional): Podem constar agradecimentos por contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, com assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados, entre outras, mas que não preenchem os requisitos para participar da autoria, desde que haja permissão expressa dos nominados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outro.

Envio dos trabalhos

Os trabalhos devem ser encaminhados para o endereço eletrônico rbso@fundacentro.gov.br, com cópia para rbsofundacentro@gmail.com, em formato Word, extensão .doc (ver detalhe nesta Norma).

O envio da Declaração de Direitos Autorais deverá ser feita pelo correio para:

Secretaria da RBSO:

a/c Sra. Elena Riederer

Fundacentro

Rua Capote Valente, 710 – Térreo – CEP: 05409 002 • São Paulo – Capital – Brasil

Eventuais esclarecimento poderão ser feitos por e-mail (endereços acima), pelo telefone (11) 3066-6099 ou pelo fax (11) 3066-6060.



Centro Técnico Nacional (CTN)

Rua Capote Valente, 710
Cep: 05409-002 / São Paulo-SP
Telefone: (11) 3066.6000

Unidades Descentralizadas

Centro Regional da Bahia (CRBA)

Rua Alceu Amoroso Lima, 142 - Caminho das Árvores
Cep: 41820-770 / Salvador-BA
Telefone: (071) 3272.8850
Fax: (071) 3272.8877
E-mail: crba@fundacentro.gov.br

Centro Regional do Distrito Federal (CRDF)

Setor de Diversões Sul, 44 - Bloco A-J, 5º andar, salas 502 a 521 - Centro Comercial Boulevard
Cep: 70391-900 / Brasília-DF
Telefone: (061) 3535.7300
Fax: (061) 3223.0810
E-mail: crdf@fundacentro.gov.br

Centro Regional de Minas Gerais (CRMG)

Rua dos Guajajaras, 40 - 13º e 14º andares - Centro
Cep: 30180-100 / Belo Horizonte-MG
Telefone: (31) 3273.3766
Fax: (31) 3273.5313
E-mail: crmg@fundacentro.gov.br

Centro Regional de Pernambuco (CRPE)

Rua Djalma Farias, 126 - Torreão
Cep: 52030-190 / Recife-PE
Telefone: (81) 3241.3643
Fax: (81) 3241.3802
E-mail: crpe@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Espírito Santo (CEES)

Rua Cândido Ramos, 30 - Edifício Chamonix - Jardim da Penha
Cep: 29065-160 / Vitória-ES
Telefone: (27) 3315.0044
Fax: (27) 3315.0045
E-mail: cees@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Pará (CEPA)

Rua Bernal do Couto, 781 - Umarizal
Cep: 66055-080 / Belém-PA
Telefone: (91) 3222.1973
Fax: (91) 3222.2049
E-mail: cepa@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Paraná (CEPR)

Rua da Glória, 175 - 2º, 3º e 4º andares - Centro Cívico
Cep: 80030-060 / Curitiba-PR
Telefone: (41) 3313.5200
Fax: (41) 3313.5201
E-mail: cepr@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Rio de Janeiro (CERJ)

Largo São Francisco de Paula, 42 - 10º andar - Centro
Cep: 20051-070 / Rio de Janeiro-RJ
Telefone: (21) 2507.9041
Fax: (21) 2508.6833
E-mail: cerj@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Rio Grande do Sul (CERS)

Avenida Borges de Medeiros, 659 - 10º andar - Centro
Cep: 90020-023 / Porto Alegre-RS
Telefone/Fax: (51) 3225.6688
E-mail: cers@fundacentro.gov.br

Centro Estadual de Santa Catarina (CESC)

Rua Silva Jardim, 213 - Prainha
Cep: 88020-200 / Florianópolis-SC
Telefone: (48) 3212.0500
Fax: (48) 3212.0572
E-mail: cesc@fundacentro.gov.br

Escritório de Representação da Baixada Santista (ERBS)

Rua Dr. Carvalho de Mendonça, 238 - conj. 22 - Vila Belmiro
Cep: 11070-101 / Santos-SP
Telefone: (13) 3223.2815
Fax: (13) 3223.7389
E-mail: erbs@fundacentro.gov.br

Escritório de Representação de Campinas (ERCA)

Área administrativa:
Rua Delfino Cintra, 1050 - Botafogo
Cep: 13020-100 / Campinas-SP
Telefone/Fax: (19) 3232.5269
Área técnica:
Rua Marcelino Vélez, 43 - Botafogo
Cep: 13020-100 / Campinas-SP
Telefone: (19) 3232.5879 / 3234.2006
Fax: (19) 3232.5269
E-mail: ercam@fundacentro.gov.br

Escritório de Representação do Mato Grosso do Sul (ERMS)

Rua Geraldo Vasques, 66 - Vila Costa Lima
Cep: 79003-023 / Campo Grande-MS
Telefone: (67) 3321.1103
Fax: (67) 3321.2486
E-mail: erms@fundacentro.gov.br



