



A SAÚDE DO TRABALHADOR

E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo

Paulo César Zambroni-de-Souza

Jaciara dos Santos Silva

Kleber José da Silva

EU Editora
UFPB

A man wearing a white long-sleeved shirt and a wide-brimmed straw hat is working at a beach kiosk. He is looking down at something in his hands. The kiosk is a white cooler with a dark lid, and it has the text 'Cafeteria do Imã' on it. The lid is open, showing stacks of white disposable plates and cups. In the background, there is a beach with people playing in the water. The overall scene is set against a light, hazy background.

A SAÚDE DO TRABALHADOR

E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS



UNIVERSIDADE FEDERAL
DA PARAÍBA

GESTORES DA UFPB

Valdiney Veloso Gouveia

Reitor

Liana Figueira Albuquerque

Vice-Reitora

GESTORES DA EDITORA UFPB

Natanael Antônio dos Santos

Diretor da Editora UFPB

Everton Silva do Nascimento

Coordenador da Administração

Gregório Ataíde Pereira Vasconcelos

Coordenador da Editoração

CONSELHO EDITORIAL

Cristiano das Neves Almeida (Ciências Exatas e da Natureza)

José Humberto Vilar da Silva (Ciências Agrárias)

Julio Afonso Sá de Pinho Neto (Ciências Sociais e Aplicadas)

Márcio André Veras Machado (Ciências Sociais e Aplicadas)

Maria de Fátima Alcântara Barros (Ciências da Saúde)

Maria Patrícia Lopes Goldfarb (Ciências Humanas)

Elaine Cristina Cintra (Linguística e das Letras)

Regina Celi Mendes Pereira da Silva (Linguística e das Letras)

Ulrich Vasconcelos da Rocha Gomes (Ciências Biológicas)

Raphael Abrahão (Engenharias)

PROJETO GRÁFICO

Michele Holanda

Design gráfico de miolo e capa

Mirella Cahu

Fotografias dos trabalhadores

Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo
Paulo César Zambroni-de-Souza
Jacira dos Santos Silva
Kleber José da Silva

A SAÚDE DO TRABALHADOR

E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

Editora UFPB

João Pessoa, 2023

OS DIREITOS DE PROPRIEDADE DESTA EDIÇÃO SÃO RESERVADOS À EDITORA UFPB

1ª Edição – 2023

E-book aprovado para publicação através do Edital nº 01/2022 – Editora UFPB.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra, de qualquer forma ou por qualquer meio.

A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do código penal.

O conteúdo desta publicação, seu teor, sua revisão e sua normalização são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Catálogo na fonte: **Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba**

S255 A saúde do trabalhador : e os desafios contemporâneos [recurso eletrônico] / Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo, Paulo César Zambroni-de-Souza, Jaciara dos Santos Silva, Kleber José da Silva. - Dados eletrônicos - João Pessoa : Editora UFPB, 2023.

E-book.

Modo de acesso : <http://www.editora.ufpb.br/sistema/press/>
ISBN 978-65-5942-224-1

1. Saúde do trabalhador - Impactos. 2. Segurança do trabalhador. 3. Adoecimento mental - trabalho. 4. Assédio moral - Trabalho. 5. Estresse ocupacional. I. Máximo, Thaís Augusta Cunha de Oliveira. II. Zambroni-de-Souza, Paulo César. III. Silva, Jaciara dos Santos. IV. Silva, Kleber José da. V. Título.

UFPB/BC

CDU 331-051:613.6.02



Cidade Universitária, Campus I
Prédio da Editora Universitária, s/n, João Pessoa – PB CEP 58.051-970
<http://www.editora.ufpb.br> | E-mail: editora@ufpb.br | Fone: (83) 3216.7147

Sumário



Prefácio _____ **7**

» Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Apresentação _____ **15**

Assédio moral e intolerância nas relações sócio-laborais _____ **18**

» Margarida Barreto
» Roberto Heloani

Breve discussão sobre a relação entre o assédio moral no trabalho e a visatt _____ **52**

» Paulo César Zambroni-de-Souza
» Jennifer Oliveira Amaro dos Santos

Estresse ocupacional e dor osteomuscular na produção de sandálias de borracha _____ **74**

» Laura Verbena Alves de Braz Coutinho
» Wilza Karla dos Santos Leite
» Anísio José da Silva Araújo
» Erivaldo Lopes de Souza
» Luiz Bueno da Silva

O trabalho como base do adoecimento mental da mulher trabalhadora _____ **105**

» Rúbia Célis Pereira Dias de Lima
» Nívia Cristiane Pereira da Silva
» Jaciara dos Santos Silva

As transformações da organização do trabalho e as repercussões na saúde dos trabalhadores _____ **133**

» Fernando Tomasina
» María Noel Close



“Falta olhar direito para o trabalhador”: A perspectiva de usuários acerca da rede de saúde do trabalhador _____ **156**

- » Poliana Dantas da Nóbrega
- » Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo
- » Maiully Bernardo Mendonça

Impactos do trabalho na saúde do(a) trabalhador(a): uma análise feita a partir da subsunção do trabalho ao capital _____ **186**

- » Joacil Venâncio da Silva
- » Luciana Batista de Oliveira Cantalice

Vigilância em saúde do trabalhador: práticas e elementos representacionais _____ **214**

- » Carmen Verônica Barbosa Almeida
- » Kleber José da Silva

Saúde, segurança e treinamento dos profissionais da linha de frente na pandemia da covid-19 _____ **240**

- » Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo
- » Tatiana de Lucena Torres
- » Wesley Jordan Pereira da Silva
- » Maria Beatriz Franco de Medeiros
- » Valéria Nicolau de Sousa

AUTORES E AUTORAS _____ **264**



Dedicamos este livro à Professora Margari-
da Barreto, referencia nacional no campo da
Saúde do Trabalhador e nas discussões sobre
assédio moral, que muito generosamente, em
parceria com o Professor Roberto Heloani, nos
deu a honra de estar conosco por meio do seu
capítulo. Infelizmente, ela nos deixou no ano
de 2022.

Contudo, apesar de sua partida, deixa o legado
de defesa incansável da saúde dos trabalha-
dores e trabalhadoras.

À querida Luciana Cantalice, que em meio a
produção deste livro, partiu tão precocemente.
Luciana presente em nossos corações e em
nossas ações cotidianas.



Prefácio

» Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Tarefa santa e tarefa profana. Este prefácio é ambas.

Falar de saúde no mundo do trabalho é falar de uma santidade que nunca existiu. Mas, ainda assim, a tarefa é santa por preficiar uma coletânea de textos que expressa, entre os muitos autores ilustres por aqui, um olhar para a vida em suas raízes principais: a saúde, o trabalho e o direito humano. E há também uma santidade, mas não aquela da religiosidade fanática, da mística seletiva e da fé dogmática. É a santidade da abnegação e da devoção ao lado escolhido – o lado da saúde do trabalhador – por aqueles que se descobrem militantes da causa.

Quem é saúde do trabalhador não mata passarinho, não esfola uma árvore, não pisa em flores de um jardim, qualquer jardim, não maltrata uma criança. Seu olhar nunca é desigual e suas atitudes cotidianas são sempre exercícios

de solidariedade e alteridade. Não cabe no peito e na cabeça de quem é saúde do trabalhador a desigualdade, a discriminação e a opressão. Cabe, sim, sempre, a poesia e o abraço. E a igualdade radical. Cachaça irmanada da peãozada com samba, churrasco e arco-íris é a senha da radicalização da igualdade.

Por aqui, neste livro, temos pessoas assim, que são saúde do trabalhador. Tarefa santificada pelas testemunhas santas e profanadas da natureza: montanhas resistentes à voracidade da mineração; florestas resistentes à devastação agro-hidro-mineral; rios resistentes a serem cloacas contaminadas; mares resistentes para o mergulho da peãozada e da criançada.

Mas é também profano porque fala do demoníaco, do perverso e de tudo o que contraria o que há de mais humano na humanidade: viver do trabalho ... e não adoecer do trabalho e morrer do trabalho.

Como negação da humanidade, essas coisas de doença e morte no trabalho, ao longo da história, tiveram várias formas de perpetuá-las, justificá-las, teorizá-las, escamoteá-las, desdenhá-las, negá-las, menos pétalas...

Petalar-las para mudá-las? Nunca se viu!

Aqueles que estão do outro lado da saúde do trabalhador, os que a negam, os que provocam a doença e a morte no trabalho e as perpetuam, em seu peito e sua

cabeça consideram-se, ora vejam, santos, por “oferecerem” trabalho em troca da alma do trabalhador.

Tentam impingir, inculcar, sequestrar a alma humana com a infâmia do capital e o esmagamento da dignidade da classe trabalhadora. Eis o profano: acharem-se santos – os opressores.

Quando, após a Revolução Industrial, a palavra liberdade foi profanada pelo capital, ao colocar na venda da força do trabalho a forma de “ser livre” na escolha entre o adoecer e o morrer, chegamos paulatinamente ao fundo do poço da dignidade humana. Paulatina que tem sido a voracidade do capital, seja o produtivo, como secularmente antes, ou seja o rentista e virtualizado como agora.

Voraz, vorazes, a ponto de emular figuras mitológicas como Chronos, o deus controlador do tempo (tudo a ver com o mundo do trabalho) que comia seus filhos, pelo medo de ser morto por eles. Hoje, os filhos que nascem de chronos-capital – os microempreendedores, os capitalistas de si próprios, aqueles que aceitaram a invenção da auto-extração de mais-valia de si mesmos e de seus fígados e cérebros – estão sendo devorados e serão cada vez mais. O presente livro trata disso.

A carne viva da erudição da escrita sobre saúde e trabalho sangra de indignação. Seja nas entrelinhas, seja nas linhas entrantes que entram na alma do leitor como

punhais, elas estão aí para serem, mais do que lidas, guardadas, incorporadas, introjetadas na atitude após a leitura. Só não podem ser saboreadas, pois o gosto é de sangue. Nosso paladar é distinto disso. Nosso paladar é o do trabalho como a grande questão central da vida e da construção da humanidade. Não há espaço para o gosto de sangue.

O sabor a ser sentido é o de um outro profano – aquele que deve profanar a autoproclamada santidade do Capital –. Um outro profano, como aquele a que se referia Ivar Oddone, durante o Movimento Operário Italiano de Saúde do Trabalhador – a junção inesgotável do saber santo, sagrado, técnico e científico com o saber profano, operário, empírico e popular –. Este livro também trata disso.

Quem degustar este livro e escolher o lado – o da saúde do trabalhador contra a exploração e a perda da saúde no mundo do trabalho – estará condenado a perseverar.

Amadeu Alvarenga, sindicalista militante da saúde do trabalhador é taxativo: para defender a saúde do trabalhador estamos condenados a perseverar.

É preciso perseverar porque os exploradores e extirpadores da dignidade humana no trabalho, desde sempre, perseveram, perseveram, perseveram e perseverarão para manter seu poder contra a vida e a exploração inesgotável.

As sabedorias aqui a nós apresentadas pelos autores do livro (perseverantes da saúde do trabalhador) constituem um glossário da necropolítica aplicada ao mundo do trabalho. A leitora e o leitor poderão (e deverão) incorporar à sua luta em prol da saúde do trabalhador as expressões que o prefacista identificou, como insumos de uma criatura que insiste em continuar existindo e para continuar existindo insiste: a exploração do trabalho pelo capital. Ei-las.

Paixões tristes ao destruir a identidade do outro, como sentiríamos ao ver uma árvore derrubada que deveria ficar em pé. Violência no trabalho, espécie de necrotério da alteridade e, na liberação do corpo morto, esquecer que o mundo do trabalho já é o seu cemitério. Jovens pobres e negros e geração nem-nem (nem estudo - nem trabalho) cada vez mais numerosa. A superação do nem-nem não garante o caminho da emancipação humana, pois o reconhecimento do outro como inferior (alteridade invertida) confere aptidão para a servidão, a sujeição, a escravidão e a humilhação reproduzida ininterruptamente. Assédio moral como sinal da voracidade carnívora do novo capital, unguido por uma necropolítica talentosa para inventar novas formas de opressão. Reestruturação produtiva, escárnio palatável pelos exploradores de sempre, para maquiagem a perversidade. Colaboradores, empreendedores e capitalistas de si mesmos são a carne moída dos bolinhos

servidos no banquete dos de sempre. Imprevidência social e erosão progressiva de políticas de seguridade social são outros quitutes servidos no banquete da reestruturação precarizante. Mentir e fingir, fingir e mentir é o mantra da necropolítica, do ultraneoliberalismo, da desconstrução de direitos (reformas/deformas) com a promessa de trabalhos, empregos, labores, futuros, riquezas, esperanças é tudo escárnio e crime.

A literatura acadêmica, no caso da saúde do trabalhador, presa aos cânones “científicos e éticos”, é a armadilha da subtração da palavra indignada.

A linguagem pura, epistemologicamente higienizada, impeditiva da ligação entre a cabeça e o desejo de mudar, com a boca que verseja, com a mão que escreve e com os pés que precisam caminhar não serve a nós e nem aos leitores deste livro.

A sombra que retira o brilho do olhar das gentes, por um mundo mais iluminado, no trabalho e na vida, não vai escurecer o sol. Palavras nem sempre precisam de frases completas. Tampouco cabem reverências às referências bibliográficas, se estas não couberem no peito de quem escreve com a emoção da indignação e vontade de lutar.

Mesmo que a obra imortalizada num livro sobre saúde do trabalhador seja queimada nos banquetes dos poderosos, sempre haverá um exemplar escondido,

esperando a hora de ser apropriado. Talvez, escondido na mochila de um entregador de aplicativo, recolhido após sua morte por atropelamento e entregue à sua mãe que o guardará intacto no quarto do filho ausente.

A grande tarefa do leitor é observar que cada expressão neste livro utilizada é arquitetada como uma categoria de análise que ampliada, de per si, geraria uma obra autônoma. Sugestões para um quase idioma ... riscos psicossociais; metas abusivas; tarefas sem sentido; despotismo; desconfiança; assédio; violência; relações de poder; tortura psicológica; humilhação sistemática; constrangimento; desqualificação; terror; intolerância; racismo; misoginia; homofobia; capacitismo; discriminação; perseguição; isolamento; sobrecarga física e mental; sofrimento; inferiorização; desvalorização; ameaça de demissão; golpe; medo; culpa; exigências indevidas; descarte de doentes e mortos; isolamento; cerco moral; abuso de poder; instabilidade; tensões; espaço degradado; espaço inseguro; espaço arriscado; violação de direitos fundamentais; morte; suicídio; vida nua; vida exposta ...

É inesgotável esse dicionário de grande parte do mundo do trabalho como ele se nos apresenta.

Mas, esse não é o idioma a ser falado. Esta obra, ao trazer à tona as palavras que oprimem e destroçam os trabalhadores, induz-nos a falar outra língua. Existe um

outro mundo do trabalho possível. Sim, possível. Em que haja autonomia e liberdade de falar uma nova língua. Em que a verdadeira liberdade seja apenas liberdade.

Liberdade de ter o trabalho como campo fértil da vida, cujo dono seja o trabalhador – fertilizador de um mundo sem exploração –; liberdade de falar e ser ouvido; liberdade de planejar, compartilhar, decidir, implementar; liberdade de sair ao sol quando precise sair ao sol; liberdade de ter direitos e fazê-los.

Aos que se foram como Margarida e aos demais que ainda estejam que floresçam no campo da saúde do trabalhador como flores que não serão pisadas ... rosas, jasmims, girassóis, papoulas, açucenas, orquídeas, dalias, crisântemos, hortênsias, gerânios, violetas, saudades....

Rio de Janeiro, agosto de 2022



Apresentação

Este livro é resultado de um longo percurso de diálogos e parcerias entre a Academia e a política pública de saúde do trabalhador (ST). Compreendendo a complexidade deste campo, seus inúmeros desafios e as resistências políticas e econômicas que vivenciamos todos os dias, entendemos também que não podemos fazer ST sem estarmos de mãos dadas.

Como seara ampla de saberes e fazeres, decidimos construir esta obra de forma interdisciplinar, juntando autores/ pesquisadores de universidades, mas também profissionais pesquisadores que estão lá, na linha de frente, atuando nos serviços, acolhendo esses trabalhadores e trabalhadores em situação de sofrimento e adoecimento. Isso porque partimos de premissas teórico-metodológicas que nos possibilitam construir um saber científico alicerçado nas experiências práticas dos trabalhadores. Partimos de uma necessidade constante do compreender e transformar, a partir de ações de vários níveis, individuais, interpessoais, organizacionais e sociais; e por isso mesmo, este livro mos-

tra-se como uma devolutiva para a sociedade de como podemos pensar esse campo a partir de diferentes dimensões.

Temos aqui, capítulos que trazem discussões pertinentes desde a temática do assédio moral, estresse ocupacional, adoecimento mental, gênero e trabalho, transformações no mundo do trabalho e impacto na saúde dos trabalhadores, vigilância em saúde do Trabalhador e saúde e segurança para trabalhadores da saúde no contexto da Covid-19. Nesse sentido, compreendemos que abarcamos por meio desses capítulos temas contemporâneos que se lançam como grandes desafios para nós tanto na perspectiva de pesquisa, quanto de ação.

A partir do cenário pandêmico que se instituiu em 2020 e que acelerou uma série de mudanças no mundo do trabalho, impactando significativamente à saúde e subjetividade dos trabalhadores, ressaltamos ser urgente que a discussão sobre saúde dos trabalhadores e saúde mental e trabalho saia da invisibilidade, ganhando cada vez maior projeção e se consolidando em políticas públicas efetivas de promoção, prevenção e proteção aos nossos trabalhadores.

Tentamos trazer neste livro, convidados da nossa região e também de outras regiões do país, e até mesmo da América Latina. Desejamos que seja uma obra importante para subsidiar reflexões e ações em Saúde do Trabalhador.

Que essas páginas ganhem vida e se somem à luta de cada profissional que compõe a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador ao redor do país, de modo a fazer cada dia mais efetivas as práticas neste campo.



Assédio moral e intolerância nas relações sócio-laborais

» Margarida Barreto

» Roberto Heloani

INTRODUÇÃO

Talvez o leitor considere uma questão desnecessária, falarmos em intolerância social se nos propomos a refletir sobre violência, saúde e trabalho. De certo modo, é compreensível. Contudo, a intolerância social não pára de crescer nas diferentes nações, muitas vezes sob o manto do medo e do ódio. Paixões tristes, que negam a humanidade do outro, diminuindo-o, desqualificando-o ou perseguindo. Enquanto para alguns autores, a intolerância está no início do ódio (WIESEL, 2000), para outros, ela tem raízes biológicas, instintiva, manifestando-se como marcas do

território e reações emocionais superficiais, como vemos nos animais não racionais (LORENZ, 1973). Entre os humanos, contudo, a intolerância tem raízes mais complexas, sendo uma construção histórica e um produto cultural, uma vez que a intolerância inexistente fora do social, não estando alheia a consciência.

Ao longo da história, temos exemplos variados de recusa ao outro, sendo o mais conhecido a intolerância às ideias de Sócrates que culmina com um evento histórico: sua morte. A morte de Sócrates inaugura a ética moderna, por estabelecer uma virada na história mundial, assinalando mudanças nas atitudes humanas frente à moral e a ética. Séculos depois, na idade média, a desconfiança em relação às mulheres e consequente doutrina de perseguição e caça às bruxas, deixam sua marca. Se retrocedermos alguns degraus temporais do século passado, constatamos que Hitler, por exemplo, perseguiu judeus, negros, gays e comunistas à procura da raça pura. Em sua busca, aniquilou milhões de pessoas em nome de uma crença. Se olharmos o que está por trás desse núcleo da intolerância, encontraremos uma matriz étnica/racial, de gênero e classe, que valoriza as diferenças biológicas entre os seres humanos e afirma a superioridade de alguns sobre outros. Aqui, o biológico não fica subsumido no social, ao contrário, inverte-se e toma seu lugar. E neste sentido, nada é mais característico dos

movimentos totalitários que a rapidez com que os atos de violência são esquecidos, banalizados e até naturalizados (ARENDR, 1994), constatação que fazemos nos dias atuais, em que as velhas formas de intolerância e atos de violência, continuam presentes. Mesmo quando se apresentam em novas configurações e manifestações, algumas vezes explícitas outras sutis, banalizadas e apresentadas imageticamente de forma espetacular. A intolerância pode revelar-se pelas xenofobias, medo ao estrangeiro, fundamentalismo religioso e/ou ódio cultural. E, usa-se o medo como uma ameaça constante, quer socialmente ou no trabalho. Aqui, se falar criticamente ou adoecer, pode perder o emprego; mas se fica calado, pode não ser compreendido, ser discriminado e finalmente isolado, pois a intenção é a destruição da identidade do outro!

Igualmente, a violência no trabalho desponta em múltiplas configurações, de forma intensa e viva; apresenta contornos sutis que nos confundem e nos levam a cogitar sobre a possível multiplicidade de atos individualizados, mal-intencionados e até perversos. São relações laborais que explicitam a plenitude das relações sociais competitivas, individualistas, consumistas, sem respeito ou reconhecimento ao fazer do outro. Se na aparência parecem distintas, na essência nos falam do mesmo fenômeno: da relação antagônica entre capital-trabalho. Dimensão que

amplia nossa compreensão sobre as causas dos atos de violência e assédio moral no local de trabalho. Igualmente, nos impõe um novo olhar investigativo, voltado para os espaços confinados intramuros, em contraposição aos espaços públicos. Por quê afirmamos isto? Porque o mundo do trabalho mudou de forma significativa nestes últimos trinta anos, a tal ponto que as certezas que antes faziam parte da vida de um trabalhador, foram substituídas por incertezas, medos e angustias. Ter bom desempenho ou ser leal às normas e princípios éticos, não é garantia de permanência no emprego. O mais importante é ultrapassar a meta e dar produtividade, não importa como, ou melhor: não se tolera os improdutivos, independente das causas. Não se tolera os críticos das jornadas extenuantes. Não se admite que adoçam. Os dirigentes sindicais e até mesmo os filiados são recusados ou mesmo negados, como categoria. São novos tempos que impõem mudanças de comportamento, mentalidade e cultura. Entretanto, uma hierarquia rígida mesmo que travestida em autonomia, subsiste.

A INTOLERÂNCIA SOCIAL PARA ALÉM DO TRABALHO

A intolerância pode ser conceituada como a expressão de uma vontade de assegurar a coesão daquilo que é considerado como saído de Si, idêntico a Si, que

destrói tudo o que se opõe a essa proeminência absoluta. Não se trata, jamais, de um mero acidente de percurso: existe uma lógica da intolerância em nossas sociedades. Ela serve aos interesses que se julgam ameaçados (HÉRITIER, 2000). Aqui, os atos de violência encontram ambientes propícios para nascer quando, por exemplo, separam-se pessoas em grupos distintos, concebidos como desiguais àqueles que estão adoecidos do trabalho e não alcançam a meta imposta o que “ameaça” uma maior lucratividade. Nesta lógica, os adoecidos e improdutivos são categorizados e considerados “não confiáveis”, e, por isso, se tornam indesejáveis no espaço laboral. São rejeitados mediante o mais ultrajante escárnio da nossa época, ou seja, junto aos “mais velhos”, aos “críticos”, aos “dirigentes combativos”, aos que “não se submetem às práticas ilícitas” etc, compõem o “time” que ameaça o “*status quo*”.

A intolerância possibilita e permite atitudes e comportamentos que prejudicam grupos e pessoas tanto no mundo do trabalho quanto socialmente, em qualquer setor ou ramo de atividade, países e/ou continentes. Um bom exemplo são as agressões perpetradas contra homossexuais, negros, judeus, os sem teto e imigrantes haitianos ou bolivianos nas ruas dos grandes centros urbanos, originando um ciclo de terror, que silenciosamente avança entre os jovens brasileiros ante a omissão sistemática das autoridades

(DIAS, 2013). No outro extremo, está o “politicamente correto” americano, que nasce de uma necessidade de tolerância a todas as diferenças e, no entanto, na medida em que assume uma forma ritualista de linguagem cotidiana se torna uma modalidade de fundamentalismo (ECO, 2000). Seria politicamente correto sermos tolerantes ante os atos que discriminam, maltratam, constrangem, ignoram, isolam e exclui o outro, quer socialmente ou no mundo do trabalho? E contrariamente, devemos ser tolerantes perante atos de intolerância religiosa, racial/étnica e violência de gênero, quando praticados socialmente? Qualquer que seja a base da intolerância (fundamentalismos, integralismos, racismos e outros atos de violência), são construções sociais que implicam a existência de uma doutrina de sustentação, mesmo quando estamos diante de práticas que exploram e cultivam, embora sutilmente, o ódio às diferenças (ECO, 2000). Poderíamos dizer o mesmo da discriminação de gênero, da violência psicológica, do assédio sexual e moral, respeitando suas múltiplas e diferentes configurações, conjunturas e ocorrências.

Socialmente, por exemplo, é prática comum reduzir os habitantes do nordeste brasileiro ao status de preguiçosos, vagabundos, incapazes, analfabetos. O mesmo pode ocorrer com as mulheres latinas em países do continente europeu, quando vão à procura de emprego. São vistas como

prostitutas, levianas, por serem simpáticas, comunicativas e de fácil verbalização. Humberto Eco (2000) lembra que, na Itália, nestes últimos anos, imigraram muitos albaneses. Alguns dos que entraram no país se tornaram ladrões ou prostitutas, é certo. No entanto, mediante processo de simplificação e estereótipo, deduz-se que todos os albaneses são ladrões e prostitutas. E assim tem sido a intransigência com relação às opiniões, atitudes, crenças, modo de ser que reprovamos ou julgamos falsos. A intolerância reprime, por meio da coação ou da força, as ideias que reprova, na medida em que outra convicção, pode se voltar contra as minhas. Clássica é a história de Martinho Lutero no século XVI, fervoroso monge agostiniano que se insurge contra a Igreja Católica, sendo posteriormente excomungado.

Não é difícil constatar que na contemporaneidade, a intolerância continua sendo, infelizmente, “uma ferramenta mental” poderosa e se manifesta em diferentes espaços sociais, quer via práticas discriminatórias e racistas, preconceitos, humilhações ou mesmo em atos de insultos morais que podem se concretizar em agressões físicas. Portanto, não nos causa estranheza ao analisarmos o mundo do trabalho a constatação que, em todos os continentes, e em especial em nossa América, desde o México à Argentina, são as grandes empresas que geram os piores empregos, imprimindo, ideologicamente, uma sistemática corporativa (KLEIN, 2008).

Isto ocorre graças ao aumento das terceirizações e às novas formas de contrato que visam menores gastos. Situação semelhante e causas diferentes vivem os mais jovens em nossos países, na medida em que persiste a pobreza e onde a marca dominante em nossa região é a baixa penetração de bens públicos de qualidade (MONTEIRO; ROCHA, 2013) quer seja nas favelas ou nos bairros periféricos dos grandes centros urbanos. Isto significa escolaridade de baixa qualidade frente a uma alta taxa de desemprego em 13,6 (OIT, 2013) disputadas por cerca de 106 milhões de jovens que vivem em nosso continente. A falta de perspectiva ante um mundo do trabalho globalizado em constante mutação e, que exige múltiplas competências, pode determinar o aparecimento de uma geração sem confiança no futuro, insegura, solitária e com medos; sem emprego ou com emprego de baixa remuneração. Na sociedade japonesa, por exemplo, milhares de jovens vivem isolados de tudo e de todos, incapazes de manter um verdadeiro diálogo com seus pais; evitam o contato com o exterior como uma estratégia de resistência a excessiva dominação e vivem centralizados no seu quarto, sendo seu único contato externo, a televisão e internet, lugar de infelicidade, vergonha e destino. Como se não bastasse esse tormento, são vistos como mensageiros da síndrome Hikikomori.

No Brasil, por exemplo, a discriminação racial é tão severa quanto o preconceito em si, apesar das inúmeras campanhas por igualdade de direitos e contra as práticas racistas. Ter acesso à educação e, portanto, ao mercado de trabalho constitui sério obstáculo para negros e pardos, os quais representam, segundo o IBGE (IBGE Educa, 2021), 56,2% da população brasileira. São os pobres, negros e pardos os que mais são objeto de variados atos de intolerância quer social ou laboral.

Ecoaria estranho ouvirmos histórias sobre jovens executivos da camada média alta, que a caminho do trabalho ouviram acusações estapafúrdias. Ou que ao usarem uma blusa vermelha, despertaram. Entretanto, se for um homem de chinelos, negro, que se dirige ao estacionamento, será facilmente confundido como ladrão de seu próprio carro. E se for jovem e negro, correndo em direção ao último ônibus que vai para seu bairro, será parado por policiais, revistado e questionado. Se estiver em manifestação lutando por direitos, tem chances de ser preso, levado para a Unidade da Polícia Pacificadora (UPP) e inclusive ser assassinado, como aconteceu recentemente com o trabalhador Amarildo, ajudante de pedreiro, morador da favela e acusado de envolvimento com drogas. São fatos que acontecem repetitivamente em quase todos os Estados do país, mostrando indiferença ao sofrimento do outro,

enquanto a intolerância passa a fazer parte deste cenário como algo natural.

Paradoxalmente, a solidariedade às famílias de jovens de classe média e alta em seus momentos de dor, seja em tragédias de boates ou em protestos de asfalto, contrasta com a irrelevância e indiferença ao cantor assassinado em pleno palco ou, o morador de favela chacinado a cada dia, na porta do bar ou na esquina de sua casa. São histórias cujo traço comum é serem histórias de pobres e negros. São exemplos da intolerância social enquanto instrumento de controle e declaração do poder nas relações sociais. Reafirma a autoridade do Estado e o dever de consentir (WIESEL, 2000) em ser controlado, coagido e vigiado, constituindo a forma mais extrema de violência de “um contra todos”.

Se formos para o âmbito internacional, teremos como fato recente, a denúncia da invasão de privacidade e controle exaustivo dos internautas via *XKeyscore* e outros sistemas para obter interceptação “em tempo real” das suas atividades. Ironia destes tempos conturbados: os Estados Unidos, que durante tantos anos apresentaram-se como defensores da liberdade e guardiões dos direitos humanos, sofrem impotentes, à humilhação de ver um jovem cidadão – Snowden - sentir-se mais seguro na Rússia que em seu

território e que fala em agir por uma decisão comum (ESPINOSA, 1992).

Quer sejam os Estados, seus representantes legais ou empresas, ao controlar as relações pelas diferenças de classe, religiosas, políticas, étnico-racial e sexual, segundo interesses específicos e particulares destas instituições, eles negam toda a riqueza veiculada pela linguagem. Quando se interdita a palavra e quando a verbo é impedido o homem deixa de ser livre. Basta que o diálogo fracasse e o respeito às diferenças inexista, para o ódio brotar em todo seu esplendor. Dito de outra maneira: o totalitarismo não impede de falar e sim obriga a falar! Deste modo, quando a intolerância se torna imperativo categórico, a violência toma o lugar da linguagem, desembocando em humilhações, discriminações, desqualificações, indiferença e negação do outro enquanto SER de direitos. O que é pior: o espírito colonial, internalizado em todos nós e que ao longo dos séculos impôs sujeição aos nossos países, na atualidade torna-se visível que o “império” já não tolera limites – nem legal, nem moral, nem territorial. Todas as leis podem ser transgredidas, toda soberania violada; todo direito humano, ignorado; toda paz, indesejada. Portanto, a intolerância pode se apresentar em atos violentos, direto ou indireto, explícito ou mesmo sutis, que se agravam à medida que se repetem, intensificam e perpetuam! E

neste sentido, tolerar um mal é tão grave quanto o ato de cometê-lo (CANTO-SPERBER *et al*, 2000).

A intolerância ao outro se mostra como elos de uma corrente, onde um anel se prende ao outro, sustentando o fluxo e refluxo de atos e práticas que devastam, gerando dor e sofrimento. Perguntamos: devemos esquecer a intolerância social? A resposta seria NÃO, uma vez que a intolerância política torna-se étnica, em seguida religiosa, ou vice-versa (SOYINKA, 2000) e conseqüentemente, não leva em conta a diversidade na medida em que todos nós somos diferentes um do outro. Somos reconhecidos por nosso modo de andar a vida e agir, pelo comportamento moral e valores assumidos, por nossos gestos e atitudes, por nossa profissão e personalidade, formação religiosa, opção política e classe social a que pertencemos e relações de gênero, entre tantas outras dimensões. Quando não reconhecemos o outro como igual em direitos e simultaneamente diferente de nós, vemos este Outro como o de fora, o que possibilita trata-lo com desprezo e indiferença. Aqui, o que está em jogo, como lembra Paul Ricœur (2000), é nada menos que a relação a ser estabelecida entre o individual e o coletivo, o universal e o histórico, na luta incessante e cotidiana contra a intolerância, os preconceitos, a xenofobia, as discriminações de gênero, mostrando um caldeirão de antagonismos e contradições em ebulição.

A INTOLERÂNCIA NAS RELAÇÕES LABORAIS E A DESMISTIFICAÇÃO DOS DISCURSOS

No final do Século XX, o mundo do trabalho sofreu mudanças importantes, motivadas pela reestruturação produtiva pós-fordista. Sua substância está organizada por práticas intransigentes, modeladoras de novas posturas, condutas e valores. Do mesmo modo, estimula-se a competição entre os pares e fixa-se a indiferença ao sofrimento do outro, revelando que as novas formas de organizar e administrar o trabalho propiciou a atomização do indivíduo (MORIN, 2011), seu isolamento e consequente esgarçamento dos laços afetivos e rompimento do espírito coletivo. Ao suprimir a liberdade da ajuda mútua, do senso de comunidade, dos laços de camaradagem, a empresa instituiu o mito dos colaboradores resilientes, da livre escolha, do empreendedorismo, da missão comum, da sustentabilidade, da ética corporativa.

Felizmente, o mito contido no novo discurso se desmascara quando a “coruja de minerva levanta voo ao entardecer”, ou melhor, percebemos os atos de intolerância em sua plenitude, no próprio processo, revelando que a palavra e o ato se fragmentaram e se distanciaram, já não pertencendo a nenhum dos dois lados. E precisamente por isso, há uma tendência a classificar o trabalhador em grupos distintos segundo a capacidade de ultrapassar a

meta produtiva (vitoriosos x fracassados); submetê-los a jornadas prolongadas em ritmo intenso; forçá-los a aceitar a precarização das condições de trabalho sem reclamar; trabalhar por dois ou mais, mostrando-se flexíveis ante as demandas fragmentadas; suportar as dificuldades mostrando-se resilientes; ser capaz de recuperar-se de imediato, vencendo obstáculos e tolerando as pressões, sem qualquer perturbação interior. Nessa intersecção, se mostra de forma nítida a corrupção dos novos modos de organizar e novas formas de administrar o trabalho.

Tendo como desculpa a otimização de resultados e ganhos de escala e produtividade, fragmenta-se a força de trabalho, dividindo-a entre trabalhadores periféricos e trabalhadores centrais, sob os quais se exige a interminável necessidade de adaptações (RAMOS; DUTRA, 2013) de aceitações, consentimentos, entrega total do seu tempo e de sujeições. Isso significa que todos devem agir conforme o determinado e sem questionamentos ou oposições. A desigualdade aqui compreendida está no campo da política e do poder, na medida em que o outro é “dessemelhante a mim”. Se é desigual a mim, não é de estranhar que devo mandar e o outro obedecer, segundo as hierarquias instituídas, pois “sem isto não há poder” (ARENDR, 1994).

Esta noção nos remete ao surgimento do Estado-nação e ‘empresa-mãe’, no final do século XVI-XVII, cujo conceito governamental abrangia o “domínio do homem pelo homem”, representado pela burocratização dos sistemas e concepções religiosas, seja pelo castigo ou culpabilização ante a desobediência aos mandamentos e normas. Não obstante, são as diferenças individuais que nos unem à “indivisível raça humana”, mesmo quando tendemos a ver o outro que não tem os mesmos atributos que os nossos, de uma forma negativa, considerando-os, com certa frequência, inferiores a nós. Se desviarmos o olhar para os jovens que buscam emprego, segundo o Banco Interamericano de Desenvolvimento, na América Latina e Caribe, o percentual de jovens que não estudam nem trabalham é de 19,8%, exceção de Cuba (NOVELLA; REPETTO; ROBINO; RUCC, 2018)

Na Europa, o desemprego dos jovens tem relação com a crise de 2008, sobretudo nas nações pertencentes à Zona do Euro, enquanto no Brasil os jovens desempregados, em sua maioria são pobres, do sexo feminino, negros. Fazem parte deste contingente, as mulheres que tiveram filho muito cedo e não têm com quem deixar as crianças nem contam com assistência pública, o que constitui um empecilho para sua entrada no mercado de trabalho. Essa juventude recebe o nome de “nem-nem”, ou seja, nem

estuda, nem trabalha. Não porque não desejem. Estes jovens pobres, mesmo quando tem 11 anos de escolaridade, estão excluídos antecipadamente das corporações que selecionam corpos de “boa aparência”, ou seja, brancos e que saibam falar duas ou mais línguas, que possuam experiências e mostrem competências já no primeiro emprego.

Para a OIT (2013), é preciso uma combinação de políticas ativas do mercado de trabalho, melhorias na educação e formação laboral, além de programas especiais de apoio ao início da vida laboral, transição entre escola e trabalho e iniciativas de empreendedorismo juvenil. Talvez seja um começo, mas não a solução! O fato é que, enquanto pensarmos o outro como inferior, quer de forma explícita ou velada, estamos considerando-o apropriado para a servidão, à sujeição, a escravidão, a humilhação, o que permitirá ser indiferente a sua presença tanto em trabalhos precários, terceirizados ou mesmo sua exclusão social, demissão e banimento do meio laboral. São processos nos quais se sobressai o desprezo à vida daquele distinto a mim, o que facilita e permite ultrajar a dignidade dos trabalhadores e trabalhadoras, desvalorizar a sua pessoa e violar o direito de ser dono de si mesmo. Em síntese, o capitalismo reestruturou sua forma de produzir, agir e administrar o trabalho, objetivando maior produtividade e lucratividade, mesmo que à custa de demissões, maior pressão moral e

medo coletivo ante a política de flexibilização que ecoa por todos os corredores intramuros, repetindo a exaustão: “vamos enxugar a máquina”; “temos que diminuir gastos”; “olha, pessoal, vamos dar produção, senão a empresa fecha”. E, atônitos, todos vivenciam e testemunham com medo e em silêncio, os novos acontecimentos.

A intolerância nas relações de trabalho e sua íntima relação com o assédio moral

Sem querermos ser repetitivos em análises, contudo, é impossível não assinalarmos mais uma vez, algumas mudanças que ocorreram nas três últimas décadas, tais como: as transformações políticas, econômicas e sociais que compõem o cenário contemporâneo. Mudanças que chegaram acompanhadas por privatizações, fusões e desregulamentações com vistas à redução dos custos e encargos patronais. Neste cenário, vale destacar a moderna atuação do sistema financeiro no mundo dos negócios, impondo mobilidade e liquidez do capital que se mantém coligado e incorporado às grandes transações internacionais.

Com a globalização e as pressões competitivas impostas pelo mercado e pela ascensão do capital financeiro, este setor entra, também, em um processo de reorganização operacional e do trabalho. E logo surgiram as implicações que afetam diretamente os trabalhadores: exigência de

maior competitividade e produtividade com menores gastos; terceirizações e precarização das condições de trabalho associado aos baixos salários e jornadas prolongadas, ocultadas sob o manto do banco de horas ou mesmo trabalho em casa associado ao permanente contato por e-mails e celulares, mesmo que fora do horário de trabalho, caracterizando uma jornada estendida; a perda de autonomia e sobrecarga de trabalho, favorece ao desgaste em consequência do processo de trabalho, o que leva a abalos na relação saúde-doença, graças a eclosão de novos riscos que contribuiram para o advento de danos a saúde, quer na esfera do sistema osteomuscular ou mental. Portanto, para compreendermos os novos riscos que estão na origem da intolerância e que autoriza a prática do assédio moral, é necessário levarmos em conta as tendências atuais do mundo do trabalho, a saber: a permanente pressão dos empresários para desregular o trabalho e reduzir os direitos dos trabalhadores; ampliação das práticas flexíveis de contratação da força de trabalho; o aumento dos mecanismos de individualização das relações de trabalho o que leva a fragmentação dos laços afetivos e de solidariedade, tornando-os gasosos, fluidos, deletáveis, atomizados e desnecessários; o novo discurso empresarial e no qual, dissemina a crença que todos os trabalhadores são parceiros, empreendedores e colaboradores; o aumento das tercei-

rizações e quarteirizações, inaugurando uma nova rede de precarizações, que eclode em subjetividades precarizadas; o aumento dos acidentes, doenças, transtornos mentais e mortes no e do trabalho (acidentes fatais e suicídio).

Por conseguinte, para compreendermos os novos transtornos à saúde, faz-se necessário compreendermos a relação do trabalhador com o meio ambiente, as condições de trabalho e relações laborais, pois sentir bem-estar é estar e ter harmonia no local de trabalho; ser criativo e reconhecido no seu saber-fazer, uma vez que o bem-estar revela um estado dinâmico da mente com as necessidades e expectativas do trabalhador e seu entorno laboral. Todos nós estamos expostos a tensões e conflitos, o que vai demandar em sentidos e significados que contemplam tanto o corpo biológico como o histórico-social; o existencial e as relações de poder; a dimensão da afetividade ética e os direitos humanos fundamentais. Um trabalhador sadio é aquele que apresenta um bom equilíbrio entre corpo e mente; está em harmonia com seu entorno físico e social; controla plenamente suas faculdades físicas e mentais, sem dicotomias. Portanto, ter saúde não é uma simples ausência de doença; mas, uma atitude alegre para com a vida e uma aceitação otimista das responsabilidades que a vida lhe impõe, uma vez que a vida tem sentido histórico e social tanto quanto um significado biológico e existencial. E, por

consequente, poderíamos dizer que ter saúde é uma maneira de abordar a existência, de criar valores, de instaurar normas vitais (CANGUILHEM, 2012). E quando somos cotidianamente humilhados e constrangidos no ambiente de trabalho, qual o espaço da saúde? Sabemos que o processo saúde-doença, é um acontecimento coletivo e não simplesmente ou unicamente, individual.

Nesta direção, é necessário compreendermos não somente as mudanças que ocorrem nos espaços do mundo do trabalho, mas como se estabelecem as relações de produção, como vivem e adoecem os diferentes grupos hierárquicos dentro do espaço fabril e quais os valores e crenças que perpassa cada grupo socioeconômico, qual a práxis social destes distintos grupos dentro da empresa entre outras questões. Esse olhar, nos permitirá compreender o processo saúde-doença, as consequências da organização do trabalho à saúde, as defesas coletivas assumidas pelo conjunto de trabalhadores ante a ofensiva produtiva, condições de trabalho, evitando que o biológico justifique quase tudo ou que a ideologia da autculpa, dos medos e vergonha, sejam ideologicamente instrumentalizadas e cultivadas, omitindo simultaneamente, as causas contidas no espaço social do trabalho, geradores de adoecimentos e sofrimento.

Desde essa perspectiva, devemos considerar o espaço social do trabalho como o lugar do trabalhador em permanente relação de produção e enfrentamentos. E neste lugar, há riscos psicossociais que estão relacionados com o conteúdo do trabalho, com as características e o desempenho das tarefas; com o ritmo e as metas abusivas; com as tarefas sem sentido e as exigências excessivas; com o despotismo fabril, hierarquias assimétricas e fechadas; com o estilo de liderança, promoção e avaliações; com a falta de diálogo e de respeito, reconhecimento e desconfiança constante. Nesta breve discussão, devemos ainda considerar as características do trabalho como, por exemplo, o projeto de trabalho, a segurança e condições físicas do meio ambiente; o trabalho em turno e noturno, as avaliações subjetivas em especial, nos estágios probatórios e sua conseqüente e frequente desvalorização; os conflitos prolongados e gerados pelo não reconhecimento diante de elevadas demandas; as repercussões das humilhações sofridas e suas conseqüências nas relações afetivas e em família. Constelação de fatores que podem afetar tanto o bem-estar e saúde do trabalhador como o desenvolvimento do trabalho, que interferem tanto em sua vida profissional como pessoal.

Compreender o assédio moral nas relações laborais

Em concordância com o explicitado até esse momento e a partir da perspectiva histórico-social, inscrevemos o assédio laboral neste cenário de intolerâncias e ganâncias, e no qual, os atos de violência ocorrem e se reproduzem no micro e macro espaço das relações de poder, nutrido e alimentado pela cultura organizacional. Portanto, o assédio laboral resulta de uma jornada de humilhações, sendo deste modo, uma forma de tortura psicológica, que ocorre tanto na exposição direta como indireta aos atos negativos. Seu pressuposto é a repetição sistemática dos atos que humilham, constrangem e desqualificam, evidenciando um conflito entre o agente do poder e seus subordinados. Terror que se inicia com um ato de intolerância, racismo ou discriminação, que se transforma em perseguição, isolamento, negação de comunicação, sobrecarga ou esvaziamento de responsabilidades e grande dose de sofrimento.

Como dizem os trabalhadores: se a empresa não maltrata, também não trata. Isso significa que são levados aos limites daquilo que um ser humano pode suportar, moral e fisicamente, o que impacta de forma negativa a cada um, impondo-lhes o sentimento de inferiorização e desvalorização, o que facilita a busca, muitas vezes, de drogas como álcool. Se existe a ameaça de serem demitidos

e perderem o emprego, isso significa um “grande golpe”, na medida em que trará problemas econômicos, o que causa estragos em sua identidade, alterando a autoimagem e interferindo em suas emoções e relações afetivas. Como diz o popular: “Cérebro que não pensa, coração que não sente”. Mas, não é tão simples assim, pois o mal-estar resultante, advém da perda de sentido e sentimento de culpa, por não ter aderido ou compreendido esse universo paradoxal, que não reconhece seu valor.

Cabe perguntarmos: como encarar essa realidade, quando se é sujeito e objeto de um processo de desmantelamento individual e coletivo? Pode ser que esse trabalhador se sinta menos autônomo e menos capaz de mudar as coisas. Aqui, um paradoxo: sabemos que a experiência – ajuda a conhecer o mundo que nos rodeia. E se sabemos que a ação organizada e conjunta é capaz de mudar o mundo de tantas maneiras, porque não se organizar, trabalhar em conjunto e lutar para mudá-lo? Aqui, a plasticidade enquanto capacidade de adaptar-se e conservar as marcas das mudanças, capacidade de criar, elaborar, reelaborar, combinar experiências passadas e criar novas normas, via imagens e ideias, está impedida.

Desnecessário reafirmarmos que o trabalho em sua conjugação contemporânea, gera diferentes formas e manifestações de violência, o que resulta em um processo

de subjetivação precarizado tanto para trabalhadores não qualificados como para os altamente qualificados, que a cada dia, disputam os empregos disponíveis. Poderíamos afirmar sem receios de errar, que o mundo do trabalho moderno carrega a marca do seu período histórico, caracterizado por maior exploração e acúmulo de riqueza em mãos de poucos. Neste contexto, qualquer que seja o ato de intolerância sofrido no âmbito laboral, é a memória de cada trabalhador humilhado que nos coloca em contato com as histórias vividas no local de trabalho e cujos traços, gestos, sutilezas e lembranças, eles conservam vivos. São recordações transversadas por insegurança e medos, mesmo quando temos em nosso país, certa estabilidade social na oferta de empregos. Entretanto, isso não significa empregos de boa qualidade ou trabalho decente; não assegura a ascensão profissional, não oferece perspectiva de estabilidade, as jornadas semanais ultrapassam às 50 horas e a grande oferta de emprego está centrado no setor informal e terceirizado. Aqui, é possível perguntarmos se essa violência cotidiana é fruto das relações interpessoais ou resultado da organização capitalista do trabalho?

Respondemos, afirmando que a causalidade do assédio laboral está centrada nos modos de organizar e administrar o trabalho, sendo sustentado por uma cultura de intolerância. Como variáveis importantes, citamos a

competição exacerbada, a supervalorização da hierarquia mesmo em empresas matriciais, avaliações sistemáticas e subjetivas. Estágios mal definidos e prolongados, com responsabilidade acima da competência. Cultivo permanente da cultura do medo, da culpa e insensibilidade com o sofrimento alheio. Falta de pessoal, o que leva à sobrecarga física e mental dos trabalhadores, obrigando-os a “aceitar” o trabalho suplementar – quase sempre não pago. Falta de definição de funções e responsabilidades, o que leva a ambiguidade de papéis e exigências indevidas. Descarte dos adoecidos e acidentados do trabalho.

Há autores que compreendem esse conjunto de variáveis como uma política de expatriação descuidada e repatriação sem planejamento (FREITAS, 2001) o que nos revela que o sofrimento é sempre, antes de tudo, um sofrimento do corpo, engajado no mundo e nas relações sociais com os outros. Daí, a falta de reconhecimento, de respeito e a intolerância cotidiana, obedece à decisão política dos altos gestores, revelando que a violência no trabalho ostenta diferentes formas de precarização e que afetam a percepção dos trabalhadores/as em relação aos novos riscos.

Partindo do pressuposto que as diferentes manifestações de violência laboral têm raiz profunda na organização do trabalho, estamos reconhecendo que todos, estão expostos aos atos que humilham e

constrangem, mesmo quando a manifestação prática, revela-se individualizada. É neste contexto de precariedade de relações afetivas, fraternas e ausência do espírito de coletivo, que o assédio laboral ocorre, constituindo uma das faces de um fenômeno mais amplo, a ganância por maiores lucros; a coação por produzir cada vez mais e melhor; a forma de gerenciar e que favorece relações de isolamento, de violência, de cerco moral e intolerância.

Sabemos que o abuso de poder cria focos de instabilidade e tensões, o que transforma o lugar de trabalho em um espaço degradado, inseguro e arriscado, que afeta a todos. Se o assédio moral é um processo complexo, devemos evitar conceitos simplistas, inaptos ou inadequados sobre o que é ou não é, em uma vã tentativa de dar conta de todas as variáveis, geradores de uma constelação de danos morais e que atingem a dignidade, a saúde, a liberdade e personalidade, impondo dor e violando direitos fundamentais. Entretanto, é necessário se resguardar o conceito de toda e qualquer ação que cause desconforto, o que evitará que seja alegado em qualquer situação ou circunstância.

Ao pensarmos em medidas preventivas, devemos avaliar os riscos não visíveis e que devem ser identificados, eliminados, controlados, com propostas que vão desde o exaustivo esclarecimento e sensibilização quanto aos direitos do outro até a adoção de uma política explícita de tolerância

zero à violência nas relações sociolaborais. Sabemos que o abuso de poder cria focos de instabilidade e tensões, o que transforma o lugar de trabalho em um espaço degradado, inseguro e arriscado e que afeta a todos. Na medida em que a empresa usa um discurso positivo, histórico e convincente, clamando a todos os seus “colaboradores” a cumprir a missão da empresa como se fosse sua, de alguma forma os afeta e implica os seus sentimentos.

Se na atualidade, entrou em cena um novo jeito de lidar com os corpos fora da norma, rebelados e adoecidos, excluindo-os por não serem produtivos, pergunto: o que é isso senão a vida nua (AGAMBEN, 2010), exposta e natural? Senão um obstáculo à liberdade e autonomia? Senão a simbiose da intolerância à violência? Significa que o empregador assegurou e ampliou o seu direito de humilhar, assediar e excluir os “colaboradores” agora adoecidos? Vê-se aqui que a análise desse fenômeno - assédio laboral – deve ser compreendido como um risco não visível, inscrito na arena da organização do trabalho e dos fatores psicossociais, causadores e desencadeadores de exclusão, sofrimento, transtornos, e até mesmo morte por suicídio. Se o assédio moral é um processo complexo, devemos evitar conceitos simplistas, inaptos ou inadequados sobre o que é ou não é, em uma vã tentativa de dar conta de todas as variáveis, geradores de uma constelação de danos morais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pensarmos em medidas preventivas, devemos avaliar os riscos não visíveis e que devem ser identificados, eliminados, controlados, com propostas que vão desde o exaustivo esclarecimento e sensibilização quanto aos direitos do outro até a adoção de uma política explícita de tolerância zero a violência nas relações sociolaborais. A médio prazo, elaborar e executar novas formas de organizar o trabalho, que não desordene e afete negativamente a vida dos trabalhadores, pois o assédio laboral ou sexual, são processos vividos e testemunhado por todos, mesmo quando sua manifestação pratica, afeta diretamente a alguns. Daí, ser necessário intervir nos processos de trabalho que buscam de forma desmedida a produtividade e lucratividade e pensar em práticas que restituam aquilo que lhes foi capturado: a autonomia, a amizade, o respeito, a ajuda mútua, a generosidade, o reconhecimento ao saber-fazer, os laços de camaradagem.

Na atualidade, já não podemos retornar às condições que perdemos, mas podemos e devemos mergulhar nas trevas do presente (AGAMBEN, 2009), para escavar, compreender e criar um novo modo de trabalhar, sem meias luzes, sem humilhações, sem autoritarismos, sem abuso de poder e coerções. Sem máquinas e câmeras que vigiam e controlam. Sem punições aos adoecidos e por

isso, improdutivos. Não se pode aceitar que em nome da motivação, se exponha o trabalhador ao ridículo; ou em nome do cômico, se exponha a humilhações.

Cabe investigar o clima organizacional na lógica dos afetos e relacionamentos humanos, ou seja, as pressões que dissolvem a sociabilidade interferindo na identidade e nos processos de subjetivação no trabalho. Cabe compreender como as emoções tristes, os mecanismos de defesa e negação que estão presentes no assédio laboral (e tidos por muitos como naturais, inatas e irracionais e, portanto, do campo do fingimento), surgem e se mantêm, tendo reflexos negativos no cotidiano do trabalho e ampliando-se no âmbito familiar. O plano é aberto e a tese é simples: devemos ter em mente que o real é integralmente inteligível, ou seja, as nossas emoções são como lentes que nos possibilitam “enxergar” as condições que nos fazem padecer, nos revelando que os afetos são acontecimentos no corpo e decorre de encontros com outros corpos, com outros seres, com processos de trabalho em espaços sociolaborais e com os quais entramos e estamos em relações, que tanto podem nos decompor como compor (ESPINOSA, 1992), mostrando a necessidade de mudanças. Daí que ao implantarmos medidas preventivas, devemos focar tanto a instituição como o coletivo, variando desde cursos de sensibilização, acolhimento, apoio, orientação até mudanças

na organização do trabalho. Se observarmos que pouca transformação ocorreu, devemos repensar as causas, o que é da organização de trabalho, ou das formas de administrar.

Portanto, devemos buscar a causalidade não somente indo à raiz dos problemas, mas, em especial, submergindo nas entranhas da relação capital e trabalho e encontrando suas contradições. Excluir essa dimensão é abstrair-se da realidade concreta, pois o assédio laboral deve ser compreendido como um risco não visível derivado dos modos de organizar e administrar o trabalho; das condições laborais estabelecidas e vetores psicossociais assumidos; da cultura organizacional que induz a reproduzir as fofocas e boatos pelo “ouvir dizer” do senso comum, contando com total tolerância dos gestores a essa nefasta cultura do disse-que-disse.

Uma vez garantida a análise das mutações na organização do trabalho, é necessário refletirmos que em todos os continentes, em especial o nosso, o assédio laboral não tem sua causalidade nas pessoas que laboram, mas, sim, na forma predatória do capitalismo organizar o trabalho, buscar o lucro e expropriar a saúde e vidas de milhares de trabalhadores/as! Entretanto, lembramos que nada grandioso se pode fazer na vida sem um poderoso sentimento. E neste sentido, a desconstrução do assédio laboral e intolerância social são faces da mesma moeda, o

que exige recuperarmos a dimensão ontológica, levando em conta em nossas reflexões, que vivemos uma crise que atinge tanto a dimensão ética como social, laboral e da saúde. Não queremos dizer que seja fácil, porém temos certeza que é possível e necessário incluir a dimensão histórica-social nas análises teórica e ações prática, sensibilizando os coletivos para mudanças necessárias e possíveis.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, Giorgio. **O que é contemporâneo?** E outros ensaios. Chapeco-SC: Argos, 2009.
- AGAMBEN, Giorgio. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2010.
- ARENDT, Hannah. **Da Violência**. RJ. Vozes. 1994.
- BAMFORD, James. O mundo orwelliano da NSA. In: **New York Review of Books** Tradução: Cristiana Martin, 2013. Disponível em: <http://outraspalavras.net/capa/o-mundo-orwelliano-da-nsa/>. Acesso em: 04 mai 2015.
- BOLTANSKI, Luc; CHIAPELLO, Éve. **O novo espírito do capitalismo**. São Paulo: WMF, Martins Fontes, 2009.
- CANGUILHEM, George. **O conhecimento da vida**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2012.
- CANTO-SPERBER, Monique. WISMANN, Hein. NAKAMURA, Yujirô. As doutrinas filosóficas In: **A intolerância: Foro Internacional Sobre a Intolerancia** UNESCO, 1997. Rio de Janeiro: Ed Bertrand Brasil, 2000.
- DIAS, Adriana. **A explosão do ódio**. Entrevista concedida à Marcio Sampaio Castro. São Paulo: Carta Capital, 2013.

ECO, Humberto. Definições léxicas. In: **A Intolerância**: Foro Internacional Sobre a Intolerância. UNESCO, 1997. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2000.

FREITAS, Maria Ester de. Assédio moral e assédio sexual: faces do poder perverso nas organizações. In: **ERA**. Revista de Administração de Empresas, v. 41, n. 2, p. 8-19, abr./jun.2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n2/v41n2a02.pdf>

HELLER, Agnes. **O Cotidiano e a História**. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

HÉRITIER, Françoise. O Eu, o Outro e a Intolerância. In: **A Intolerância**: Foro Internacional Sobre a Intolerância. UNESCO, 1997. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2000.

HOBBS, Thomas. **Do Corpo. Calculo ou lógica**. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2009.

IBGE Educa (2021). **Conheça o Brasil**. População Cor ou Raça. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html#:~:text=De%20acordo%20com%20dados%20da,1%25%20como%20amarelos%20ou%20ind%C3%ADgenas>. Acesso em: 06 mai 2021.

KLEIN, Naomi. **Sem Logo**. A tirania das marcas em um planeta vendido. Rio de Janeiro, Editora Record, 2008

LORENZ, Konrad. **A agressão**. Santos/SP: Martins Fontes, 1973.

MARX, Carlos. ENGELS, Federico. **Grundrisse**. Lineamentos fundamentais para la crítica de la economia política. Fondo de Cultura Economica, México, 1985.

MONTEIRO, Joana. ROCHA, Rudi. **Drug Battles and School Achievement**: Evidence from Rio de Janeiro's Favelas. São Paulo: Fundação Getulio Vargas, Instituto Brasileiro de Economia, junho 2013.

MORALES, Evo. Eu, sequestrado na Europa. Entrevista ao **Le Monde Diplomatique**, 2013. Disponível em: <http://outraspalavras.net/>

[mundo/america-latina/eu-presidente-da-bolivia-sequestrado-na-europa/](#). Acesso em: 04 mai 2015

MORIN, Edgar. **Rumo ao Abismo?** Ensaio sobre o destino da Humanidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011

NOVELLA, R.; REPETTO, A.; ROBINO, C.; RUCC, G. **Millennials en América Latina y el Caribe: ¿trabajar o estudiar?** Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2018.

OIT - Organização Internacional do Trabalho. In: **Relatório Tendencias Mundiales del Empleo Juvenil**. Una generación en peligro. Oficina Internacional del Trabajo: Ginebra: OIT, 2013. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_212725.pdf. Acesso em: 02 mai 2015

RAMOS, Gabriel de Oliveira. DUTRA, Renata Queiroz. **Tendências esmobilizadoras oriundas da terceirização e da precarização trabalhistas: reflexos na atuação sindical**. Apresentado em Congreso Cubano da ALAL. Mimeografado. Habana, 2013.

RIKOEUR, Paul. Etapa atual do pensamento sobre a intolerância. In: **A Intolerancia: Foro Internacional Sobre a Intolerância**. UNESCO, 1997. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2000.

SARAMAGO, José. **Soy um comunista hormonal: conversaciones con Jorge Halperin**. Buenos Aires: Editora Capital intelectual, 2007.

SELIGMANN-SILVA, Edith. A Precarização contemporânea: a saúde mental no trabalho precarizado. In: ALVES Giovani; VIZZACCARO-AMARAL, André Luis; MOTA, Daniel Pestana (org). **Trabalho e Estranhamento: Saúde e Precarização do Homem-que-trabalha**, São Paulo, LTR, 2013.

SOYINKA, Wole. Intolerância e direitos do homem: o preço do revisionismo. In: **A Intolerancia: Foro Internacional Sobre a Intolerância**. UNESCO, 1997. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2000.

SPINOSA, Baruch. **Ética**. Lisboa: Relogio D'Água, 1992.

VIGOTSKI, Lev S. **A construção do pensamento e da linguagem.**

São Paulo: Martins Fontes, Tradução de Paulo Bezerra, 2001.

WIESEL, Elie. Prefacio In: **A Intolerância:** Foro Internacional Sobre a Intolerância. UNESCO, 1997. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2000.



Breve discussão sobre a relação entre o assédio moral no trabalho e a visatt

-
- » Paulo César Zambroni-de-Souza
 - » Jennifer Oliveira Amaro dos Santos

As novas transformações no contexto do trabalho passam a preconizar espaços laborais propulsores de altos índices de desempenho e produtividade, tendo por base exigências que muitas vezes excedem a capacidade física e psíquica de suportá-las, o que acontece a partir de meios cada vez mais sofisticados de mecanismos de controle e coerção sendo, portanto, o assédio moral parte dessa engrenagem (ANTUNES; PRAUN, 2015). Trata-se de situações de humilhações, constrangimentos no trabalho, e mesmo que já sejam conhecidas como assédio moral há tempos, apenas recentemente se começou a reconhecer o seu papel como obstáculo à manutenção da saúde física e

mental do sujeito (SCHLINDWEIN, 2013). Tal realidade não pode ser naturalizada, tendo em vista os ataques nocivos à subjetividade nesse processo:

As consequências desses princípios da organização do trabalho são, de um lado, o crescimento extraordinário da produtividade e da riqueza, mas, de outro, a erosão do lugar acordado à subjetividade e à vida no trabalho. Disto resulta um agravamento das patologias mentais decorrentes do trabalho em crescimento em todo o mundo ocidental, o surgimento de novas patologias, em particular os suicídios nos próprios locais de trabalho – o que não acontecia jamais antes da virada neoliberal – e o desenvolvimento da violência no trabalho, a agravação das patologias da sobrecarga, a explosão de patologias do assédio (DEJOURS, 2004, p. 34).

O fenômeno do assédio moral, portanto, implica não só em uma crescente condição deletéria ao exercício laboral, mas à vida como um todo. Pensar em um contexto em que o trabalhador cogita o suicídio como expressão máxima do seu sofrimento no trabalho denuncia tamanha violência a qual está submetido, de maneira que o trabalhador enfrentando um adoecimento no trabalho expressa uma caminhada de luta em que suas estratégias defensivas e sua normalidade foram abruptamente atingidas pelas condições de trabalho, de maneira que agora adoecido se torna, ainda mais, susceptível a ser alvo do assédio moral no trabalho:

Na definição do assédio moral no trabalho, destacam-se a ocorrência de atos negativos por parte das chefias ou colegas e a posição de vulnerabilidade do trabalhador, que não pode defender-se, o que implica a existência de um desequilíbrio típico das relações de poder [...] Uma vez acidentado ou adoecido, passa a sofrer o assédio de modo mais explícito e transparente, porque ele já não condiz com os padrões de “excelência” e, portanto, “não serve mais” para a organização. A partir desse momento, começa seu processo de isolamento, não apenas pelas ações e atitudes das chefias, mas, também, pela omissão dos colegas que, por medo ou vergonha, acabam reproduzindo o clima de “terror” instalado (SCHLINDWEIN, 2013, p. 430-431)

Nota-se a ênfase da lógica do descarte da força de trabalho humana (“não serve mais”), a vida passa a ser subjugada à capacidade de atender a esses requisitos para a manutenção do capital, de forma que o sujeito adoecido pelo trabalho passa a ser visto a partir de uma condição de desvalor, de inutilidade social. Além disso, o sujeito passa a se ver diante de um cenário em que: “O neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível, dotadas de forte caráter destrutivo, têm acarretado, entre tantos aspectos nefastos, um monumental desemprego, uma enorme precarização do trabalho” (ANTUNES, 2001, p. 35). Trata-se de uma condição em que “se falar criticamente ou adoecer, pode perder o emprego; mas se ficar calado, pode não ser compreendido, ser discriminado e, por fim

isolado, pois a intenção é a destruição da identidade do outro!” (BARRETO; HELOANI, 2015, p. 546). Sendo assim, pode-se destacar que:

As consequências são fortes: nesta fase de desmanche, estamos presenciando o derretimento dos poucos laços de sociabilidade que foram vigentes na era taylorista e fordista, sem presenciarmos uma ampliação da vida dotada de sentido, nem “dentro” e nem “fora” do trabalho (ANTUNES, 2009, p. 132).

O medo do desemprego acaba por gerar uma maior vulnerabilidade do trabalhador frente ao fenômeno do assédio moral do trabalho, de modo que passa a se silenciar e se submeter às frequentes situações de humilhação em prol de manter-se no emprego. Desse modo, a vida acaba por perder o sentido não apenas dentro do trabalho, mais ainda fora dele, sendo o trabalhador amputado do seu sentido de viver.

Logo, torna-se importante discutir a atual temática a partir da breve apresentação do percurso histórico acerca do desenvolvimento dos estudos acerca do assédio moral. Leymann, em meados da década de 1980, foi considerado o precursor dos estudos acerca do assédio moral (embora não utilizasse tal nomenclatura atual, mas nomeou esse fenômeno como sendo *mobbing*), de maneira que trouxe uma questão importante acerca desse quando rejeitava a ideia de uma personalidade de vítima susceptível ao

assédio, mas compreendia veementemente que qualquer pessoa poderia tornar-se vítima a partir de circunstâncias que legitimassem a sua ocorrência. Ou seja, não se tratava de um olhar de culpabilização da vítima pela violência sofrida, mas os estudos realizados por Leymann apontavam a importância da existência da inter-relação entre um ambiente de trabalho deletério e o assédio moral, de modo que a compreensão perpassa a interação entre ambos, uma vez que isolá-los acabaria por gerar uma visão reducionista acerca dessa temática. Dito isso, é preciso afirmar ainda que o fenômeno do assédio moral não deve ser visto a partir de uma perspectiva unicausal, mas é preciso compreendê-lo de forma multifacetada (SALIN; HOEL, 2011).

Em 1993, Leymann publicou o livro em que utiliza termos como *mobbing* e *psicoterror* no contexto de trabalho, o que passou a gerar um novo campo de investigação a respeito do ambiente de trabalho e a saúde mental, de modo que se evidencia, sobretudo, no desenvolvimento do seu inventário que tem por título: *Leymann Inventory of Psychological Terrorisation* no qual aponta atitudes e comportamentos que formulam o assédio moral. Ou seja, a compreensão sobre o assédio moral não apenas se relaciona com o ambiente nocivo de trabalho, mas ainda perpassa elementos subjetivos que estão presentes nesse processo. Essa noção se estende, inclusive, quando Leymann (1996)

afirma que optou por usar o termo *mobbing* e não *bullying* (termo usado por pesquisadores ingleses e australianos), pois esse último diz respeito a uma situação de ameaça, sendo marcada pela agressão física que ocorre no ambiente escolar, já o termo *mobbing* não se refere a agressão física em si, mas diz sobre comportamentos mais complexos como o isolamento da vítima, ou seja, traz sem seu cerne que por vezes o assédio moral pode não apresentar registros no campo da violência física, da sua materialização, mas isso não implica em sua ausência, pois pode se manifestar a partir de uma violência psicológica, passando a sofrer violência no campo da sua subjetividade. Leymann (1996) ainda afirma que o *psicoterror* ou assédio moral na vida profissional envolve uma comunicação hostil e antiética, direcionada de maneira sistemática por um ou mais indivíduos a um indivíduo, colocando-o em uma posição de difícil possibilidade de defender-se, assim sendo, o assédio moral não ocorre de maneira isolada, repentina, trata-se de um fenômeno marcado por sua insistência, repetitividade, de maneira que as vítimas sofrem essa violência em diversos momentos e essas estão em posição de fragilidade, sem condições de sequer defender-se dada a conjectura em que se inserem.

Para Soboll; Gosdal (2009) quando Leymann já estava realizando suas investigações, conheceu o livro *"The harassed*

worker”, em 1976, escrito pelo psiquiatra americano C. M. Brodsky, no qual remete à ideia de que o trabalhador não só é assediado por pessoas, mas ainda por fatores, tais como: pressão pelo tempo, monotonia das tarefas e duração da jornada. Além disso, segundo Soares (2012) a utilização do termo *harassment* feita por Brodsky é oriundo do conceito de assédio sexual (*sexual harassment*), passando a fazer uso apenas do termo *harassment*, que em português remete a assédio. Para Brodsky (1976 *apud* SOARES; OLIVEIRA, 2012, p. 195), o assédio moral no trabalho consiste em: “tentativas, repetidas e obstinadas, de uma pessoa para atormentar, quebrar a resistência, frustrar ou obter uma reação do outro. É um tratamento que, com persistência, provoca, pressiona, amedronta, intimida ou incomoda outra pessoa”, assim sendo, o assédio moral passa a se divergir das demais formas de violências, uma vez que possui aspectos como tempo, frequência, duração da sua ocorrência, de maneira que não é uma violência esporádica, mas que parte ainda de uma intencionalidade e da sua dinamicidade da sua ocorrência ao longo do tempo.

Pode-se também destacar que em 1998, na França, Christophe Dejours lançou o livro intitulado: *Souffrance en France: la banalisation de l’injustice sociale* de modo que essa obra fez refletir sobre o fato de que a indiferença e a banalização ao sofrimento alheio não se resumem a uma

dimensão intersubjetiva, encerrada nos sujeitos, mas que é construída a partir de um contexto sócio econômico que legitima a rivalidade entre os sujeitos em prol dos ditames da globalização. Para lidar com as condições ameaçadoras à saúde no trabalho, os trabalhadores buscam refúgio nas estratégias defensivas individuais e coletivas, passando a negar o sofrimento do outro e a calar-se diante das condições de trabalho.

Devido ao aumento da competitividade, rivalidade no ambiente de trabalho, os coletivos passam a estarem fragilizados, de modo que os trabalhadores passam a enfrentar sozinhos a realidade de trabalho, e as estratégias defensivas individuais não mais conseguem dar conta, condição essa que possibilita a configuração do adoecimento. Assim, pode-se destacar o seguinte fragmento:

No trabalho, hoje, a pretexto de obter maior eficácia e competitividade, convoca-se uma massa de funcionários para colaborar com as estratégias da empresa, mesmo que com isso se inflija sofrimento e injustiça aos outros. Desses outros, consegue-se que sofram a injustiça sem lutar. E aqueles que restam são transformados em testemunhas que não prestam socorro às vítimas, testemunhas que não testemunham (DEJOURS; BERLINER, 2013, p. 86)

No referido trecho acima, pode-se discutir sobre a questão do sofrimento ético, no qual Dejours (2007) o

concebe no que diz respeito a uma traição de ideais e valores que são apreendidos como nobres, que são aprovados socialmente, de modo que isso passa a gerar sofrimento. Entrar em confronto com aquilo que considera ser justo, correto, abrindo mão de seus princípios de moralidade, de fato, gera um sofrimento no qual o trabalhador passa a atuar de forma incoerente com quem ele é, do que pensa sobre a vida, as relações, de maneira que fere a sua identidade.

Dando continuidade sobre os estudos do tema na França, pode-se destacar as contribuições de Hirigoyen (2006), psiquiatra e psicanalista francesa, com formação em vitimologia na França e nos Estados Unidos, apresentando sua perspectiva compreensiva acerca da vivência da vítima. Em 1998 publicou o livro: “Assédio moral: a violência perversa no cotidiano” e, além de investigar a violência perversa entre agressor e vítima na relação entre casais, família, a autora relata diversos casos de sujeitos vítimas dessa violência no contexto laboral. Segundo Freitas (2007) foi essa autora quem primeiro utilizou a terminologia assédio moral para nomear tal fenômeno. Passou, então, a definir o assédio moral no trabalho como qualquer conduta abusiva marcada por sua repetição ou sistematização, que fere a dignidade ou integridade quer seja física ou psíquica de uma pessoa, ameaçando o seu emprego ou degradando o ambiente de trabalho, assim sendo, além de compreender

o assédio moral enquanto uma violência quer seja em nível psíquico ou físico, a autora traz para discussão o medo do desemprego, a realidade em que o trabalhador passa a ser refém dessa conjectura em prol da manutenção do seu vínculo laboral.

Para a autora ainda alguns sujeitos necessitam de rebaixar os outros a um nível inferior, para se sentirem superiores, poderosos; tendo a incapacidade de considerar o outro enquanto ser humano. Além disso, Hirigoyen (2006, p.51) afirma que: “O assédio é uma patologia da solidão. As pessoas isoladas são prioritariamente as mais ameaçadas. As que possuem aliados ou amigos estão mais protegidas”. É preciso, pois, pensar que não se trata de uma patologia inerente ao sujeito, mas um adoecimento que advém da realidade de ruptura da solidariedade, do coletivo de trabalho, marginalizando o trabalhador a uma condição de isolamento, de maior susceptibilidade ao adoecimento. Nesse sentido, pode-se destacar o seguinte fragmento:

Se em outros tempos nem todos os assediados adoeciam, era porque havia um senso de justiça compartilhado em uma comunidade de sensibilidade e de indignação. Se hoje o assédio provoca tamanha devastação psicopatológica é porque se trata, sobretudo, de uma *patologia da solidão* (DEJOURS; BERLINER, 2013, p. 87)

O assédio moral, portanto, se evidencia a partir de um contexto onde não há cooperação, onde as

relações sociais de trabalho são violentadas em prol da competitividade, o sentimento ético passa a ser subornado por uma necessidade de cumprir as metas inatingíveis a qualquer custo, o adoecimento passa a se instaurar e os trabalhadores acabam por marginalizar os adoecidos para que não ameacem o seu desempenho no trabalho e isso traz em pauta, portanto, um cenário do medo.

No cenário nacional pode-se destacar as contribuições de Margarida Barreto sua dissertação de Mestrado em Psicologia Social intitulada “Uma jornada de humilhações” oriunda de uma pesquisa feita com 97 empresas de São Paulo, tendo por resultado que 42% dos 2.071 trabalhadores entrevistados relataram ter vivenciado histórias de violência e humilhação no trabalho. Foi identificada que a principal forma de assédio moral consiste na pressão por maior produção e aumento da jornada de trabalho. Para Barreto; Heloani (2015, p. 553):

Portanto, para compreendermos os novos riscos que estão na origem da intolerância e que autorizam a prática do assédio moral, é necessário levarmos em conta as tendências atuais do mundo do trabalho, a saber: a permanente pressão dos empresários para desregular o trabalho e reduzir os direitos dos trabalhadores; a ampliação das práticas flexíveis de contratação da força de trabalho; o aumento dos mecanismos de individualização das relações trabalhistas, que leva à fragmentação dos laços afetivos e de solidariedade, tornando-os gasosos,

fluidos, deletáveis, atomizados e desnecessários; o novo discurso empresarial, no qual se dissemina a crença de que todos os trabalhadores são parceiros, empreendedores e colaboradores; o aumento das terceirizações e quarteirizações, inaugurando uma nova rede de precarizações, que eclode em subjetividades precarizadas; o aumento dos acidentes, doenças, transtornos mentais e mortes no e do trabalho (acidentes fatais e suicídio).

Os avanços nas investigações acerca do assédio moral possibilitaram verificar que esse é um fenômeno multidimensional e que demanda uma compreensão multidisciplinar, de forma a considerar também a organização como palco da violência, de maneira que se pode pensar sobre o assédio moral organizacional. Soboll; Gosdal (2009) entendem que o assédio moral organizacional faz uso de estratégias organizacionais pautadas no constrangimento objetivando aumentar a produtividade.

Para Freitas (2007) o assédio ocorre no espaço organizacional mediante condições colocadas pelas organizações, sob fatores organizacionais e entre atores organizacionais, logo trata-se de uma questão organizacional e não meramente individual, de modo que o assédio ocorre quando encontra um terreno fértil para seu desenvolvimento. Segundo Schatzman *et al.* (2009) o assédio moral organizacional consiste em um processo constante de hostilidade, tomado como ferramenta de

gestão, levando os trabalhadores a vivenciar hostilidades quando não atingem o perfil estabelecido pela organização.

Sendo assim, é preciso compreender o assédio moral organizacional a partir do contexto no qual se insere, assim como o contexto sócio, político e social que o compreende, não o reduzindo a explicações psicologizantes, mas compreendendo a sua complexidade frente à subjetividade e aos processos organizacionais. Dejours (2011) entende que o trabalhador não é passivo frente aos constrangimentos organizacionais, passando a desenvolver estratégias para o enfrentamento desses, porém chega um momento em que essas não mais conseguem resistir levando o trabalhador ao que o autor denomina de descompensação psicopatológica.

Para Barreto; Heloani (2015, p. 546) isso se dá em virtude da primazia que se coloca acerca do fato de ultrapassar a meta e dar produtividade, sem considerar os meios para isso, de forma que “não se tolera os improdutivos, independentemente das causas: “Não se tolera os críticos das jornadas extenuantes [...] Não se admite que adoçam”, assim sendo, pode -se citar que: “O trabalhador que adoce sente-se ‘amputado’ de grande parte de suas motivações e disponibilidades; silencia, condena-se à imobilidade, tensão contínua que não pode ser canalizada por movimentos, gestos, pensamentos” (SCHLINDWEIN, 2013, p. 431). O termo “amputado” traz a noção de um evento traumático, violento,

que traz repercussão para a vida do sujeito. Adoecer pelo trabalho não se resume, assim, a adoecer apenas no contexto laboral, não conseguindo mais realizar a atividade de trabalho, mas implica pensar ainda sobre uma vida que lhe foi “amputada” ainda fora do trabalho.

O assédio moral no trabalho, portanto, é mais do que um fenômeno, mas ainda um instrumento gestor que tendo por finalidade a subordinação e o aumento da produtividade, passa a desconsiderar a vida, a subjetividade, de modo que se insere numa relação de poder em que o trabalhador encontra-se em desvantagem de enfrentamento, visto o contexto macrossocial e econômico no qual essa realidade ocorre o fragiliza, visto que o desemprego estrutural é, cada vez mais, consolidado: “expulsando enormes contingentes de assalariados que não têm mais possibilidade real de ser incorporados e absorvidos pelo capital e que se somam às fileiras do bolsão de desempregados” (ANTUNES, 2011, p. 417).

Desse modo, a partir das discussões aqui realizadas, entende-se que a complexidade atribuída ao processo de vigilância em saúde do trabalhador se dá, sobretudo, a partir do seu objeto: o trabalho, de modo que:

Uma atividade de trabalho é sempre o lugar, mais ou menos infinitesimalmente, de reapreciação, de julgamentos sobre os procedimentos, os quadros, os objetos do trabalho, e por aí não cessa de ligar um

vaivém entre o micro do trabalho e o macro da vida social cristalizada, incorporada nessas normas. Vaivém que não deixa incólume nenhum dos dois níveis. O que quer dizer que a história da vida econômica, política, social, não pode ser escrita sem um olhar sobre esses múltiplos vaivéns (SCHWARTZ, 2011, p.33)

Assim, o que se analisa é que, cada vez mais, demanda-se do trabalhador um aumento da produtividade que é obtido mediante o aumento do ritmo de trabalho, de maneira que esse não leva em conta a variabilidade do ritmo, bem como os aspectos anatômicos, fisiológicos e cognitivos dos sujeitos. Há, ainda, uma crescente competitividade nas relações de trabalho e extinção dos processos de cooperação, assim como relações de confiança e solidariedade que antes defendiam a psique dos sujeitos, de maneira que passa a instaurar o individualismo, a lógica do cada um por si. O trabalhador para continuar realizando seu desempenho e produtividade passa a sobrecarregar o seu organismo de modo a ter maior tendência a quadros de adoecimento e, dessa maneira, os distúrbios osteomusculares, lesões por esforços repetitivos, bem como os transtornos mentais, têm sido as centrais causas com relação ao afastamento no trabalho (LANCMAN; JARDIM, 2004). Percebe-se que tal realidade gera graves problemas de saúde mental, por exemplo síndromes do pânico e depressões e em casos mais extremos pode repercutir em tentativas de autoagressão e suicídio (SZNELWAR; UCHIDA; LANCMAN, 2011).

Como afirmam Lacaz; Santos (2010) diante do cenário de perda de direitos, de precarização do trabalho e pela realidade do desemprego, o movimento sindical passa a enfraquecer-se e a recuar, o que torna frágil a sua capacidade de fomentar lutas e embates:

Diante desse quadro, conclui-se que a reestruturação produtiva neoliberal modifica a correlação de forças entre Capital e Trabalho, interferindo nas políticas públicas de saúde, na ação dos trabalhadores e na própria inserção social da Academia. As transformações impostas ao mundo do trabalho na contemporaneidade exigem, ainda mais, a aliança dos atores sociais do campo ST, na construção de conhecimento para intervir sobre essas realidades, velhas e novas (LACAZ; SANTOS, 2010, p.11)

Assim, é preciso romper com a orientação tradicionalmente adotada nas ações em vigilância em saúde do trabalhador, restrita à sua atuação sobre as causas das doenças, acidentes e mortes, de modo que a definição do problema não é objetivamente observável, mas perpassa a vivência subjetiva, de modo que o problema é: “definido na relação das pessoas com as situações vividas, sejam estas relações dinamizadas no âmbito do local de trabalho, na escola, na moradia. Por isso, essa noção alarga o foco de ação da vigilância” (SATO, 1996, p. 491) o que defende a necessidade da epistemologia do conhecimento prático capaz de nortear a ação em vigilância à saúde a partir da

identificação dos problemas pelos trabalhadores, de modo que para Vasconcellos; Gomez; Machado (2014, p. 4619) a Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – VISATT deve ser uma prática de fortalecimento dos trabalhadores na luta pela saúde e não uma prática neutra, padronizada e puramente técnica: “o nosso entendimento de vigilância em saúde do trabalhador é aquele que segue os seus pressupostos e culmina, necessariamente, com ações concretas de intervenção no mundo do trabalho, sempre com um caráter transformador e efetuado com a participação dos trabalhadores”.

Para Vasconcellos; Minayo-Gomez; Machado (2014) é preciso insistir que no processo de vigilância nenhum saber técnico substitui a contribuição do conhecimento dos trabalhadores, conhecimento esse que é construído a partir da experiência e com a reflexão sobre a prática deve se associar ao dos especialistas contribuindo na discussão dos problemas e dos passos necessários para superá-los:

A maior garantia de mudança das condições de trabalho geradoras de agravos ocorre de fato quando os trabalhadores demonstram força política e passam a exigir, na cena pública, mecanismos de transformação das situações que agridem sua saúde. Sua presença é essencial na definição de prioridades decorrentes das suas necessidades, na própria atividade de preparação e de execução de inspeções sanitárias, bem como na avaliação e no acompanhamento permanente dos casos e processos

em vigilância (VASCONCELLOS, MINAYO-GOMEZ;
MACHADO, 2014, p. 4622)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A VISATT retirar essa expressão: tem consigo a consiste na necessidade da indispensável participação dos trabalhadores no apontamento dos riscos, das demandas, da participação no processo de transformação, porém, ao lado disso, encontra-se um cenário que impede, limita, impõe medo, de modo que o trabalhador está imerso em uma condição de ameaça de perder o emprego, de ser retaliado, de ser punido pelo sistema que não permite que esse seja, de fato, ator das proposições de mudança, mas antes refém de um processo deletério de trabalho.

Assim, se pretendeu neste capítulo, a partir da literatura, permitir aproximações das reflexões e críticas sobre a VISATT para detectar assédio moral, buscando melhor compreendê-la e permitindo reconhecer a real urgência da intervenção no cenário atual frente ao assédio moral no trabalho, tendo em vista as suas repercussões na saúde do trabalhador como um todo e a necessidade de se pensar meios que possam promover a participação e protagonismo dos trabalhadores nesse processo de intervenção.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Ricardo. **Trabalho e precarização numa ordem neoliberal**. A cidadania negada: políticas de exclusão na educação e no trabalho. São Paulo: Cortez, 2001.
- ANTUNES, Ricardo. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho? In: **Serviço Social & Sociedade**, n. 107, p. 405-419, 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/3JD9n46H3Dhn7BYbZ3wzC7t/?lang=pt>. Acesso em: 06 Jul 2021.
- ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. In: **Serviço Social & Sociedade**, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/cbc3JDzDvxTqK6SDTQzJJLP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 07 Jul 2021.
- BARRETO, Margarida; HELOANI, Roberto. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. In: **Serviço Social & Sociedade**, n. 123, p. 544-561, jul./set. 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/Ssc7hLDWdns4BcYxMmS5fQF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 Jul. 2021.
- DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. In: **Production**, v. 14, p. 27-34, 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/j/prod/a/V76xtc8NmkqdWHd6sh7Jsmq/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 06 Jul. 2021.
- DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.
- DEJOURS, Christophe. Addendum da Psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho** (p. 57-123). Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2011.
- DEJOURS, Christophe; BERLINER, Claudia. O trabalho entre banalização do mal e emancipação. In: **Revista Brasileira de**

Psicanálise, v. 47, n. 2, p. 85-97, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2013000200009. Acesso em: 07 Jul. 2021.

FREITAS, Maria Ester de. Quem paga a conta do assédio moral no trabalho? In: **RAE Eletrônica**, v. 6, n. 1, art. 5, jan./jun. 2007. Disponível em: https://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S1676-56482007000100006.pdf. Acesso em: 07 Jul. 2021

HIRIGOYEN, Marie-France. **Mal-estar no trabalho**: redefinindo o assédio moral. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro.; SANTOS, Ana Paula Lopes dos. Saúde do Trabalhador, hoje: re-visitando atores sociais. In: **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 2, p. 13-23, 2010. Disponível em: <http://rmmg.org/exportar-pdf/1029/v20n2s2a02.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2021.

LANCMAN, Selma; JARDIM, Tatiana Andrade. O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. In: **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 82-89, 2004. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13943>. Acesso em: 06 Jul. 2021

SALIN, Denise; HOEL, Helge. Organisational causes of workplace bullying. In: EINARSEN *et al.* (Orgs.). **Bullying and harassment in the workplace**: Developments in theory, research, and practice (p. 227-243), 2. ed., Boca Raton: CRC Press, 2011.

SATO, Leny. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 4, p. 489-495, 1996. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/yLbRt6BHpmZ5gLTZwdKJFYM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 Jul. 2021

SCHATZMAN, Mariana *et al.* Aspectos definidores do assédio moral. In: GOSDAL, T. C.; SOBOLL, L. A. P. (Org.). **Assédio moral**,

interpessoal e organizacional: um enfoque multidisciplinar (p. 17-32). São Paulo: LTr, 2009.

SCHLINDWEIN, Vanderléia de Lurdes Dal Castel. Histórias de vida marcadas por humilhação, assédio moral e adoecimento no trabalho. In: **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 430-439, 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/psoc/a/T8P65R3y679gXhDbYhKxjds/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 08 Jul. 2021

SCHWARTZ, Yves. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, p. 19-45, 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tes/a/HTF7DtBVhZfgVZXqhK4Mx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 Jul. 2021

SOARES, Angelo. As origens do conceito de assédio moral no trabalho. In: **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 37, n. 126, p. 284-286, 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbso/a/qrMRWypfpJZbdJBq35PXGmk/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 06 Jul. 2021


SOARES, Angelo; OLIVEIRA, Juliana Andrade. Assédio moral no trabalho. In: **Revista Brasileira de saúde ocupacional**, v. 37, n. 126, p. 195-202, 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbso/a/WCNjbdKHrvHsKKYNv4DhQM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 Jul. 2021

SOBOLL, Lis Andrea Pereira; GOSDAL, Thereza Cristina. **Assédio moral interpessoal e organizacional:** um enfoque interdisciplinar. São Paulo: LTr, 2009.

SZNELWAR, Laerte Idal; UCHIDA, Seiji; LANCMAN, Selma. A subjetividade no trabalho em questão. In: **Revista de Sociologia da USP**, v. 23, n. 1, p. 11-30, 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ts/a/Nhf8gJ8YmXzWjMDQqPHBjM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 06 Jul. 2021

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Entre o definido e o por fazer na

Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4617-4626, 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/GRr3wgMsV4k5YHvfSvyRFtj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 07 Jul. 2021.



Estresse ocupacional e dor osteomuscular na produção de sandálias de borracha

-
- » Laura Verbena Alves de Braz Coutinho
 - » Wilza Karla dos Santos Leite
 - » Anísio José da Silva Araújo
 - » Erivaldo Lopes de Souza
 - » Luiz Bueno da Silva

INTRODUÇÃO

A indústria calçadista no Brasil é formada, sobretudo, por empresas que requerem mão de obra pouco qualificada para atividades predominantemente manuais (GUIMARÃES *et al.*, 2014). O processo produtivo divide-se em cinco etapas: modelagem, corte, costura, montagem e acabamento

(ULUTAS; ISLIER, 2015), constituídas por operações que variam conforme a estrutura da empresa e o produto final (NAVARRO, 2003).

O Brasil é o quarto maior produtor de calçados do mundo, gerando cerca de 280 mil postos de trabalho diretos (ABICALÇADOS, 2018). A produção é caracterizada por operações de ciclo curto e pouco diversificadas, com trabalho manual intenso e sujeito a pressões por produtividade (VIEIRA *et al.*, 2015). Isto é um fator que contribui para a ocorrência de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT (OAKMAN; MACDONALD; WELLS, 2014).

DORT têm um caráter multifatorial. Especificamente, o estresse ocupacional constitui um elemento relacionado ao fator psicossocial. Para a International Labour Organization (ILO, 2016), o estresse ocupacional compreende uma resposta psicofísica do organismo e resulta da forma como o trabalho é organizado, como ele se constitui e como se desdobram as relações no ambiente laboral.

Ainda que outras queixas possam estar presentes (YENG *et al.*, 2001), a dor é, geralmente, a predominante (ALENCAR; NOBRE, 2017). Na fase aguda a dor é latejante e, comumente, decorre de uma inflamação. Quando crônica, pode manifestar-se como uma sensação de ardência de forma difusa ou irradiada. A sensação dolorosa é complexa

e abrange também questões psicológicas (HAY; NESBITT, 2019), interferindo na identidade pessoal e profissional (PAULA; AMARAL, 2019).

No Brasil, DORT representam a doença ocupacional mais prevalente (OCCHIPINTI; COLOMBINI, 2016). A dor agregada ao distúrbio é um fator limitante para a capacidade laboral (MALMBERG-CEDER *et al.*, 2017) e tem sido relatada pelos trabalhadores do setor calçadista (VIEIRA *et al.*, 2015). Assim, este trabalho objetiva averiguar quais os fatores podem estar relacionados ao estresse ocupacional e a dor osteomuscular em trabalhadores do setor de produção de sandálias de borracha.

METODOLOGIA

A empresa

Trata-se de uma empresa de calçados e artigos esportivos que abastece o mercado interno e externo. Este estudo foi realizado em duas de suas unidades de produção, localizadas no nordeste brasileiro, que serão denominadas de A e B.

Ambas utilizam a borracha como matéria-prima e seus produtos são voltados para todos os gêneros e faixas etárias. Todavia, suas identidades de mercado são diferentes em termos de *design* e custo. A unidade A possui cerca

de 8 mil funcionários e a B, 1500, distribuídos nos setores administrativos, de apoio e de produção. Nas duas unidades existem dois tipos de trabalho conforme a quantidade de funções desempenhadas: monofuncional (um homem/um posto/ uma tarefa) e multifuncional (um homem/dois ou mais postos/duas ou mais tarefas). Porém, o tipo de trabalho predominante é o monofuncional em ambas as unidades. A meta de produção mensal, em pares de sandália de borracha, da unidade A é de 17 milhões e 420 mil e da B, 3 milhões e 500 mil.

As unidades funcionam de segunda a sábado em três turnos. De segunda a sexta, o primeiro turno compreende o período das 06h00 às 14h00; o segundo, das 14h00 às 22h00; e, o terceiro das 22h00 às 06h00. Aos sábados, o primeiro turno é das 06h00 às 12h00; o segundo, das 12h00 às 18h00; e, o terceiro, das 18h00 às 24h00. Em ambas, há uma hora de intervalo para uma refeição realizada no refeitório sob a forma de rodízios. Durante cinco dias por semana, há ginástica laboral.

As unidades diferem quanto a alguns aspectos. A unidade A possui um centro de venda de produtos fabricados pela própria e por outras unidades, disponibiliza aos trabalhadores um plano de saúde e um serviço de transporte. Já a unidade B não dispõe de plano de saúde e

o serviço de transporte está disponível apenas para o setor administrativo.

Participantes da pesquisa

Participaram 93 trabalhadores de duas unidades de produção de calçados, sendo 41 da unidade A e, 52 da B. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram instruídos sobre a pesquisa e sobre sua participação voluntária. Foram excluídos os trabalhadores nas seguintes situações: (1) condição de menor aprendiz; (2) fase de treinamento; (3) realocados após afastamento por doença ocupacional; (4) gestantes; (5) tenham se submetido a processo cirúrgico nos últimos seis meses; e, (6) se submeteriam a processo cirúrgico durante a pesquisa.

Procedimentos metodológicos

As entrevistas foram conduzidas de forma individual, externamente ao posto de trabalho e sem constrangimentos temporais. Objetivaram o levantamento de informações sociodemográficas e ocupacionais, incluindo o estresse ocupacional e a dor osteomuscular.

Para avaliar o estresse ocupacional utilizou-se a Escala de Estresse no Trabalho (EET). Este instrumento contém cinco itens relativos às demandas; seis, ao controle do trabalho;

e, seis, ao apoio social no trabalho. Sua análise permite categorizar quatro tipos de trabalho: (1) alta exigência, que associa alta demanda e baixo controle; (2) passivo, baixa demanda e baixo controle; (3) ativo, alta demanda e alto controle e, (4) baixa exigência, baixa demanda e alto controle (ALVES *et al.*, 2004). Para avaliar a dor osteomuscular, utilizou-se o Diagrama de Corlett e Manenica, no qual é possível indicar as regiões corporais (coluna vertebral, membros superiores e membros inferiores) cuja dor relaciona-se ao trabalho. Os membros superiores e inferiores são avaliados separadamente, conforme o dimídio corporal – esquerdo e direito (CORLETT; WILSON; MANENICA, 1980).

Análise estatística

Este estudo é composto por variáveis dependentes e independentes. A dependente é a presença ou ausência de dor osteomuscular. O tipo de trabalho conforme a EET foi utilizada como variável dependente na análise dos fatores relacionados ao estresse ocupacional e como independente nos demais casos.

As independentes incluíram: idade (até 20 anos; de 21 a 30 anos; de 31 a 40 anos; e, maior ou igual a 41 anos); sexo (masculino e feminino); estado civil (solteiro e casado/união estável); unidade de produção (A e B); turno de trabalho (primeiro e segundo); tempo na função e tempo

na empresa (até 5 anos; de 6 a 10 anos; de 11 a 15 anos; e, maior ou igual a 16 anos); tipo de trabalho (mono e multifuncional); e, posição em que trabalha (ortostática, sentada e ambas). Desta forma, este estudo apresenta variáveis com escala ordinal e nominal.

Para análise dos dados foi usado o software R-project (versão 3.2.1). Para verificar a existência de diferenças entre as variáveis dependente e independentes utilizou-se o teste exato de Fisher, o teste de Mann-Whitney e o teste t para a comparação de duas proporções, adotando-se $\alpha=5\%$ (DANCEY; REIDY, 2018). Para estimar a ocorrência de dor osteomuscular e o efeito das variáveis independentes sobre os quatro tipos de trabalho foram utilizados modelos de regressão logística binária e ordinal. A significância dos modelos foi testada pela razão de verossimilhança (FÁVERO, 2016).

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB, sendo o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 89029818.0.0000.5188. Ademais, reflete os resultados parciais de um trabalho de tese desenvolvido em três unidades de produção de calçados, sendo duas de sandálias de borracha e uma de calçados esportivos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra

Referente à distribuição dos trabalhadores por unidade de produção, 44% trabalham na unidade A e 56%, na unidade B. Todos os entrevistados estão vinculados à empresa por contrato de tempo indeterminado e exercem uma jornada de 46 horas semanais. A Tabela 1 traça o perfil sociodemográfico e ocupacional dos participantes.

Tabela 01 – Caracterização da amostra conforme unidade de produção e totalidade.

Variáveis	Categorias	Unidade produtiva			p-value
		A	B	Total	
		n (%)			
Idade*	Até 20	5 (12,2)	0 (0)	5 (5,4)	0,03352
	De 21 a 30	21 (51,2)	24 (46,2)	45 (48,4)	-
	De 31 a 40	9 (22)	22 (42,3)	31 (33,3)	-
	Maior ou igual a 41	6 (14,6)	6 (11,5)	12 (12,9)	-

A Saúde do Trabalhador e os desafios contemporâneos

Sexo	Masculino	36 (87,8)	41 (78,8)	77 (82,8)	-
	Feminino	5 (12,2)	11 (21,2)	16 (17,2)	-
Estado civil	Solteiro(a)	18 (44)	24 (46,1)	42 (45,2)	-
	Casa- do(a) ou em união estável	23 (56,1)	28 (53,8)	51 (54,8)	-
Escolari- dade	Funda- mental	8 (19,5)	4 (7,7)	12 (12,9)	-
	Médio	33 (80,5)	45 (86,5)	78 (83,9)	-
	Técnico	0 (0)	1 (1,9)	1 (1,1)	-
	Superior	0 (0)	2 (3,9)	2 (2,1)	-
Turno de trabalho	Primeiro	28 (68,3)	30 (57,7)	58 (62,4)	-
	Segundo	13 (31,7)	22 (43,3)	35 (37,6)	-

A Saúde do Trabalhador e os desafios contemporâneos

Tempo na empresa*	Até 5	15 (36,6)	26 (50)	41 (44,1)	-
	De 6 a 10	17 (41,5)	12 (23,1)	29 (31,2)	-
	De 11 a 15	7 (17,1)	9 (17,3)	16 (17,2)	-
	Maior ou igual a 16	2 (4,9)	5 (9,6)	7 (7,5)	-
Tempo na função*	Até 5	22 (53,7)	34 (65,4)	56 (60,2)	-
	De 6 a 10	10 (24,4)	12 (23,1)	22 (23,7)	-
	De 11 a 15	5 (12,2)	3 (5,8)	8 (8,6)	-
	Maior ou igual a 16	4 (9,8)	3 (5,8)	7 (7,5)	-
Tipo de trabalho	Monofun- cional	22 (53,7)	37 (73,1)	59 (63,4)	-
	Multifun- cional	19 (46,3)	15 (26,9)	34 (36,6)	-

A Saúde do Trabalhador e os desafios contemporâneos

Posição em que trabalha	Ortostática	18 (43,9)	46 (88,5)	64 (68,8)	1,2.10 ⁻⁵
	Sentada	1 (2,4)	2 (3,8)	3 (3,2)	-
	Ambos	22 (5,7)	4 (7,7)	26 (28)	3.10 ⁻⁶
Horário de maior incômodo	Chegada ao trabalho	1 (2,4)	1 (1,9)	2 (2,2)	-
	Metade do turno	17 (41,5)	15 (28,8)	32 (34,4)	-
	Término do turno	5 (12,2)	15 (28,8)	20 (21,5)	-
	Chegada em casa	3 (7,3)	16 (30,8)	19 (20,4)	0,01154
	Outros	15 (36,3)	5 (9,7)	20 (21,5)	0,00386

Fonte: Dados da pesquisa (2019). Para o valor de p , utilizou-se o teste t para a comparação de duas proporções. * = Em anos.

A maioria é do sexo masculino (82,8%), com média de idade de 29,57 ($\pm 9,14$) anos, casados ou em união estável (54,8%) e com ensino médio completo (83,9%). Quanto ao trabalho, a maior parte trabalha no primeiro turno de produção (62,4%); estão no máximo há cinco anos na empresa (44,1%) e na função (60,2%); são monofuncionais

(63,4%); e, realizam suas atividades na posição ortostática (68,8%). Quanto à dor, a maioria (34,4%) relatou ocorrer na metade do turno laboral.

A comparação do perfil dos trabalhadores entre as unidades apontou diferenças quanto à faixa de idade até 20 anos ($p=0,03352$); desenvolvimento do trabalho na posição ortostática ($p=1,2.10^{-5}$) e em revezamento entre a posição ortostática e sentada ($p=3.10^{-6}$); e, entre o horário de maior incômodo no retorno à residência após a jornada de trabalho ($p=0,01154$) e em horários específicos do dia ($p=0,00386$).

Estresse ocupacional

As análises foram realizadas considerando-se tanto a mediana quanto a média. Quando se considerou a mediana, obteve-se a seguinte classificação: (1) para 34,4% dos trabalhadores, o trabalho é ativo; (2) para 22,6%, de baixa exigência; (3) para 22,6%, passivo; e, (4) para 20,4%, de alta exigência. Quando se considerou a média, obteve-se o seguinte resultado: (1) para 53,8% dos trabalhadores, o trabalho é ativo; (2) para 21,5%, de alta exigência; (3) para 18,3%, de baixa exigência; (4) para 6,4%, o trabalho é passivo.

Quando se analisou a razão de chance dos tipos de trabalho supracitados com as variáveis independentes, foram encontrados efeitos significativos das variáveis

“tempo na função” e “turno de trabalho”. Os resultados estão na Tabela 2.

Tabela 02 – Fatores relacionados ao estresse na produção de sandálias de borracha

Variável	OR	p-value
Tempo na função de até 5 anos	1,86	0,0081
Segundo turno de trabalho	3,7732	0,0018

Fonte: Dados da pesquisa (2019). Legenda: OR = *Odds Ratio* (Razão da chance). Para o valor de *p*, utilizou-se o teste de Wald

Observou-se que quanto maior o tempo (a cada 5 anos) na mesma função maior será a chance (86%) de um trabalhador apresentar níveis mais elevados de estresse ocupacional. O tempo na mesma função e o desenvolvimento de doenças ocupacionais tem sido apontado em diversos estudos sobre trabalhos industriais. Maciel, Fernandes e Medeiros (2006) observaram que a chance de dor em múltiplas regiões corporais foi três vezes maior em trabalhadores da indústria têxtil que desempenhavam a mesma função há mais de seis meses. Anteriormente, Salim (2003), constatou que em 20% dos casos de DORT diagnosticados em operadores de máquina

de costura, o tempo de trabalho na mesma função era de até dois anos.

Ademais, as evidências sugerem que os trabalhadores do segundo turno – que desenvolvem suas atividades das 14h00 às 22h00 – têm uma chance três vezes maior de ter níveis mais elevados de estresse. Um estudo desenvolvido por Trindade *et al.* (2012) com 192 trabalhadores da indústria têxtil obteve resultados similares. Observou-se que os turnos vespertinos e noturnos apresentaram mais queixas de adoecimento quando comparados ao matutino.

Dor osteomuscular relacionada ao trabalho

Considerando-se o total da amostra, constatou-se a ocorrência de dor osteomuscular em todos os segmentos corporais. Na coluna vertebral, a região mais afetada foi a coluna sacrococcígea; nos membros superiores, os ombros (direito e esquerdo); e, nos membros inferiores, joelhos e pernas em ambos os dimídios.

Comparando-se as unidades A e B, verificaram-se diferenças quanto à dor osteomuscular nas regiões da coluna cervical ($p=0,0182$), punho esquerdo ($p=0,006331$), coxa direita ($p=0,04064$), perna esquerda ($p=0,003691$), perna direita ($p=0,01174$) e p. esquerdo ($p=0,03198$). A Tabela 3 demonstra estes resultados detalhadamente.

Tabela 03 – Dor osteomuscular nos trabalhadores da produção de sandálias de borracha.

Segmento corporal	Unidade produtiva			p-value
	A	B	Total	
n (%)				
Coluna vertebral				
Cervical	1 (2,4)	11 (21,2)	12 (12,9)	0,0182
Torácica	2 (4,9)	11 (21,2)	13 (14)	-
Lombar	3 (7,3)	12 (23,1)	15 (16,1)	-
Sacroccócea	12 (29,3)	19 (36,5)	31 (33,3)	-
Membros superiores				
Ombro esquerdo	16 (39)	23 (44,2)	39 (41,9)	-
Ombro direito	16 (39)	23 (44,2)	39 (41,9)	-
Braço esquerdo	0 (0)	6 (11,5)	6 (6,5)	-
Braço direito	0 (0)	5 (9,6)	5 (5,4)	-
Cotovelo esquerdo	1 (2,4)	6 (11,5)	7 (7,5)	-
Cotovelo direito	1 (2,4)	3 (5,8)	4 (4,3)	-

A Saúde do Trabalhador e os desafios contemporâneos

Antebraço esquerdo	1 (2,4)	3 (5,8)	4 (4,3)	-
Antebraço direito	1 (2,4)	3 (5,8)	4 (4,3)	-
Punho esquerdo	4 (9,8)	19 (36,5)	23 (24,7)	0,006331
Punho direito	6 (14,6)	16 (30,8)	22 (23,7)	-
Mão esquerda	1 (2,4)	5 (9,6)	6 (6,5)	-
Mão direita	1 (2,4)	7 (13,5)	8 (8,6)	-
Membros inferiores				
Quadris	3 (7,3)	1 (1,9)	4 (4,3)	-
Coxa esquerda	2 (4,9)	8 (15,4)	10 (10,8)	-
Coxa direita	0 (0)	7 (13,5)	7 (7,5)	0,04064
Joelho esquerdo	5 (12,2)	10 (19,2)	15 (16,1)	-
Joelho direito	6 (14,6)	9 (17,3)	15 (16,1)	-
Perna esquerda	1 (2,4)	14 (26,9)	15 (16,1)	0,003691
Perna direita	2 (4,9)	14 (26,9)	16 (17,2)	0,01174
Tornozelo esquerdo	1 (2,4)	4 (7,7)	5 (5,4)	-

A Saúde do Trabalhador e os desafios contemporâneos

Tornozelo direito	1 (2,4)	5 (9,6)	6 (6,5)	-
Pé esquerdo	2 (4,9)	12 (23,1)	14 (15,1)	0,03198
Pé direito	3 (7,3)	11 (21,2)	14 (15,1)	-

Fonte: Dados da pesquisa (2019). Para o valor de p , utilizou-se o teste t para a comparação de duas proporções.

Além disto, verificaram-se diferenças significativas na ocorrência de dor osteomuscular quanto ao “sexo”, “estado civil”, “unidade produtiva”, “posição que trabalha” e “turno de trabalho”. Na Tabela 4 são dispostos estes resultados.

Duas variáveis sociodemográficas tiveram significância dos efeitos sobre a ocorrência de dores osteomusculares: sexo e estado civil. O “sexo” apontou relação com o ombro direito ($p=0,0250$); o “estado civil”, com o p. direito ($p=0,0473$).

Tabela 04 – Valor de p para a dor, considerando-se variáveis com escala nominal.

Segmento corporal	Sexo	Estado civil	Unidade produtiva	Posição em que trabalha	Turno
Coluna vertebral					
Cervical	-	-	0,0104	-	-
Torácica	-	-	0,0339	-	0,0152
Lombar	-	-	0,0493	0,0375	-

A Saúde do Trabalhador e os desafios contemporâneos

Sacroccígea	-	-	-	0,0073	-
Membros superiores					
Ombro direito	0,0250	-	-	-	-
Punho esquerdo	-	-	0,0035	0,0394	-
Punho direito	-	-	-	-	-
Membros inferiores					
Perna esquerda	-	-	0,0013	-	-
Perna direita	-	-	0,0055	-	-
Pé esquerdo	-	-	0,0188	-	-
Pé direito	-	0,0473	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa (2019). Para o valor de p , utilizou-se o teste exato de Fisher.

Ainda conforme a Tabela 04, para a “unidade produtiva”, verificaram-se divergências quanto à dor na coluna vertebral, nos membros superiores e inferiores. Para a coluna vertebral, as regiões efeitos significativos foram cervical ($p=0,0104$), torácica ($p=0,0339$) e lombar ($p=0,0493$); para os membros superiores, punho esquerdo ($p=0,0035$); para os inferiores, perna esquerda ($p=0,0013$), perna direita ($p=0,0055$) e p. esquerdo ($p=0,0188$). Isto pode ser explicado pela diferença entre os percentuais de dor das unidades produtivas, tendo em vista que a unidade B apresentou maior quantidade de queixas.

Quanto à “posição em que trabalha”, verificaram-se diferenças na ocorrência de dor na região lombar ($p=0,0375$), sacrococcígea ($p=0,0073$) e punho esquerdo ($p=0,0394$). Conforme as entrevistas, os trabalhadores que desenvolvem atividades na posição ortostática apresentaram percentuais maiores de dor. Além disto, os que trabalham em revezamento de posições sentem menos dores em relação aos que trabalham sem variação postural. Dores na coluna vertebral podem ser desencadeadas por diversos fatores ergonômicos. Por exemplo, atividades que exigem posturas prolongadas por longos períodos podem alterar a consistência dos discos intervertebrais, degenerando-os (BRACCIALLI; VILARTA, 2000).

Quanto ao punho esquerdo, 56,5% dos trabalhadores que realizam suas atividades sem variação postural apresentaram dores osteomusculares. Para Silva *et al.* (2009), quando possível, a alternância de posições deve ser adotada para promover conforto e evitar patologias.

O “turno de trabalho” foi significativo para a ocorrência de dor na coluna torácica ($p=0,0152$). O fato de trabalhar no primeiro ou no segundo turno pode interferir na ocorrência de dor na coluna torácica. Um estudo de base populacional com 972 participantes realizado por Ferreira *et al.* (2011) demonstrou que na faixa etária considerada

economicamente ativa, entre as regiões da coluna vertebral, a dor na coluna torácica é a mais comum após a dor lombar.

Outros achados relacionaram-se à “idade”, “tempo na função” e “tempo na empresa”. Tais divergências concentraram-se nos ombros (direito e esquerdo) e no punho esquerdo, consoante Tabela 05.

Tabela 05 – Valor de *p* para a dor osteomuscular, considerando-se variáveis com escala ordinal.

Segmento corporal	Idade	Tempo na função	Tempo na empresa
Membros superiores	-	-	-
Ombro esquerdo	0,0004	0,00100	0,01528
Ombro direito	0,02699	0,0021	0,01528
Punho esquerdo	0,00223	-	-

Fonte: Dados da pesquisa (2019). Para o valor de *p*, utilizou-se o teste de Mann-Whitney.

A “idade” apresentou efeitos significativos na dor nos ombros esquerdo ($p=0,00040$) e direito ($p=0,02699$) e, para o punho esquerdo ($p=0,00223$). As entrevistas indicaram que trabalhadores com faixa etária de 21 a 40 anos têm um maior percentual de dor. A combinação entre

os fatores biomecânicos e psicossociais estão associadas a dores nos ombros em trabalhadores cada vez mais jovens (LECLERC *et al.*, 2004). Trabalhadores da indústria calçadista da França (ROQUELAURE *et al.*, 2002), Índia (GUPTA; MAHALANABIS, 2006) e Irã (AGHILI; ASILIAN; POURSAFA, 2012) são acometidos por doenças ocupacionais com cerca de 40 anos de idade. Para Carvalho; Fernandes; Lima (2019), a combinação dos fatores de risco deste ramo industrial colabora na alta prevalência de dor cada vez mais cedo.

O “tempo na função” foi significativo para a dor no ombro esquerdo ($p=0,00100$) e direito ($p=0,00210$) e o “tempo na empresa” para ao ombro esquerdo ($p=0,01528$) e direito ($p=0,001528$). A maioria trabalha nas unidades no máximo há cinco anos e exercem a mesma função no mesmo tempo referido. Um estudo realizado na Tailândia mostrou que apenas 31,6% trabalhavam há mais de cinco anos nesse ramo industrial (TODD *et al.*, 2008). Porém, há estudos que mostram médias de tempos maiores, com 20 anos (ROQUELAURE *et al.*, 2002) e 17 anos (AGHILI; ASILIAN; POURSAFA, 2012). Esses dados podem sugerir que haja uma rotatividade elevada na empresa.

Ademais, os modelos indicaram chance de dor na coluna cervical e torácica; ombros, punhos, pernas e pés (Tabela 6). A dor relacionou-se a fatores sociodemográficos e laborais. Porém, os fatores laborais apresentaram

uma razão de chance mais expressiva e demonstraram envolvimento com um maior número de segmentos corporais. Estes achados são similares aos estudos de Prazeres; Navarro (2011) e Silva; Silva; Gontijo (2017), realizados no setor calçadista, onde verificou-se relação entre fatores psicossociais e dor osteomuscular.

Tabela 06 – Dor osteomuscular, considerando fatores sociodemográficos e laborais

Segmento corporal	Estado civil	Sexo	Unidade produtiva	Turno
	OR (p-value)			
Coluna vertebral				
Cervical	-	-	10,7 (0,026)	-
Torácica	5,2 (0,038)	-	5,2 (0,038)	-
Membros superiores				
Ombro esquerdo	2,4 (0,038)	-	-	2,4 (0,038)
Ombro direito	-	0,25 (0,002)	-	-
Punho esquerdo	-	-	5,3 (0,005)	-
Punho direito	-	0,31 (0,044)	-	-

Membros inferiores				
Perna esquerda	-	-	14,7 (0,011)	-
Perna direita	-	-	7,1 (0,012)	-
Pé esquerdo	-	-	5,8 (0,026)	-
Pé direito	3,4 (0,049)	-	-	3,4 (0,049)

Fonte: Dados da pesquisa (2019). Legenda: OR = *Odds Ratio* (Razão da chance). Para o valor de *p*. utilizou-se o teste de Wald.

Observou-se que quem tem um(a) companheiro(a) tem uma chance duas vezes maior de sentir dores no ombro esquerdo e três vezes maior no p. direito. É possível que a responsabilidade pela manutenção da família ou a realização de uma dupla jornada constituam elementos explicativos. Ao longo dos anos, alguns estudos têm traçado esta relação. Andersen e Gaardboe (1993) demonstraram que o fator filho apresenta associações à dor nos membros superiores e na cervical em operadores de máquina de costura. Negri *et al.* (2015) também observaram em um estudo com dados de 1007 trabalhadores com DORT que a maioria tem um(a) companheiro(a).

Quanto ao sexo, os homens têm maior chance de apresentar de dor no ombro e no punho direito. A razão de chance de ocorrência de dor no ombro é 75% e no punho

é 69% menor para as mulheres em relação aos homens. Para Bernard *et al.* (2011), trabalhos que combinem altas demandas e baixo controle e apoio social propiciam dores nestas regiões, sobretudo, em indivíduos do sexo masculino.

Também se averiguou que os trabalhadores da unidade B têm uma chance maior de apresentar dor. A chance de sentir dor na cervical é cerca de onze vezes maior; na coluna torácica e no punho esquerdo é cinco vezes; na perna esquerda, cerca de quinze vezes; na perna direita sete vezes; e, no p. esquerdo é aproximadamente seis vezes maior. Para Guimarães *et al.* (2014), as características estruturais e de organização do trabalho podem estar envolvidas com estas discrepâncias.

Além disto, quem trabalha no segundo turno tem uma chance duas vezes maior de sentir dores no ombro esquerdo e três vezes maior no p. direito. Estes resultados são similares aos achados das análises do estresse com o turno de trabalho (Tabela 2), indicando uma possível relação entre o estresse ocupacional e a dor osteomuscular. A forma como se dá a associação entre demanda e controle sobre o trabalho tem relação com o processo saúde-doença. Magnago *et al.* (2010) em um estudo com 491 trabalhadores de um hospital constataram que as chances de dor nos ombros, coluna torácica e tornozelo foram maiores na execução de atividades de alta exigência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As formas de gerenciamento e organização do trabalho nos ambientes industriais são fatores de risco para o adoecimento (CARVALHO; MORAES, 2011). Neste estudo, as associações entre estresse ocupacional e dor osteomuscular com as características da organização do trabalho e os fatores psicossociais fornecem indícios da contribuição destes aspectos.

De fato, as atividades observadas exigem um trabalho intenso e preciso dos membros superiores, sobretudo nos setores de montagem e, o uso de força nos setores de preparação da borracha. Estes fatores geram adoecimentos, acidentes de trabalho, incapacidades e desgastes físicos e mentais (LUZ *et al.*, 2013), a exemplo dos DORT (DIANAT; SALIMI, 2014).

Não foram encontrados resultados significativos entre o estresse ocupacional e a ocorrência de dor osteomuscular, provavelmente em virtude da quantidade de participantes deste estudo. Contudo, observaram-se associações entre o estresse e os fatores laborais, o que fornece indícios de uma relação.

Este estudo apresenta algumas limitações. Um delas inclui a mensuração subjetiva do estresse ocupacional. Segundo Van der Meij *et al.* (2018), indicadores fisiológicos – como a concentração de cortisol – podem ser usados

como medidas objetivas. Além disto, há evidências de que o estresse possa estar relacionado a personalidade tipo D (BOSMANS *et al.*, 2019), não investigada neste estudo. Outra limitação é que apenas a identificação da dor não constitui um diagnóstico para DORT. No entanto, partindo-se da premissa de que a dor é o sintoma predominante, pode-se suspeitar que estes trabalhadores possam desenvolver ou mesmo estejam acometidos por DORT.

Recomenda-se que futuras pesquisas avaliem um número maior de trabalhadores e outros segmentos industriais. Para Arezes; Serranheira (2017), as abordagens devem considerar a multifatorialidade e a gestão integrada dos riscos.

REFERÊNCIAS

ABICALÇADOS (Associação Brasileira das Indústrias de Calçados). In: **Relatório Anual de Atividades 2018**. Disponível em: <http://abicalcados.com.br/relatorios/relatorio-anual>. Acesso em: 16 ago 2019.

AGHILI, M. M.; ASILIAN, H.; POURSAFA, P. Evaluation of musculoskeletal disorders in sewing machine operators of a shoe manufacturing factory in Iran. In: **Journal of Pakistan Medical Association**, v. 62, n. 3, p. S20-S25, 2012.

ALENCAR, M. C. B.; NOBRE, T. L. Adoecimento e sofrimento de trabalhadores acometidos por LER/DORT. In: **Revista de Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 8-18, 2017.

- ALVES, M. G. M. *et al.* Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. In: **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 164-171, 2004.
- ANDERSEN, J. H.; GAARDBOE, O. Prevalence of persistent neck and upper limb pain in a historical cohort of sewing machine operators. In: **American Journal of Industrial Medicine**, v. 24, n. 6, p. 677-687, 1993.
- AREZES, P.; SERRANHEIRA, F. New approaches and interventions to prevent Work Related Musculoskeletal Disorders. In: **International Journal of Industrial Ergonomics**, v. 60, p. 1-2, 2017.
- BERNARD, C. *et al.* Biomechanical and psychosocial work exposures and musculoskeletal symptoms among vineyard workers. In: **Journal of Occupational Health**, v. 53, n. 5, p. 297-311, 2011.
- BOSMANS, M. W. G. *et al.* Do Type D personality and job demands-resources predict emotional exhaustion and work engagement? A 3-wave prospective study. In: **Personality and Individual Differences**, v. 149, p. 167-173, 2019.
- BRACCIALLI, L. M. P.; VILARTA, R. Aspectos a serem considerados na elaboração de programas de prevenção e orientação de problemas posturais. In: **Revista Paulista de Educação Física**, v. 14, n. 2, p. 159-71, 2000.
- CARVALHO, G. M.; MORAES, R. D. Sobrecarga de trabalho e adoecimento no Polo Industrial de Manaus. In: **Psicologia em Revista**, v. 17, n. 3, p. 465-482, 2011.
- CARVALHO, R. L. R. B.; FERNANDES, R. C. P.; LIMA, v. M. C. Demandas psicológicas, baixo apoio social e repetitividade: fatores ocupacionais associados à dor musculoesquelética de trabalhadores da indústria de calçados. In: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, p. 1-11, 2019.
- CASSOU, B. *et al.* Chronic neck and shoulder pain, age, and working conditions: longitudinal results from a large random sample in

France. In: **Occupational and Environmental Medicine**, v. 59, n. 8, p. 537-544, 2002.

CORLETT, N.; WILSON, J.; MANENICA, I. **The ergonomics of working postures**. London: Taylor & Francis, 1980.

DANCEY, C.; REIDY, J. **Estatística Sem Matemática para Psicologia-7**. Penso Editora, 2018.

DIANAT, I.; SALIMI, A. Working conditions of Iranian hand-sewn shoe workers and associations with musculoskeletal symptoms. In: **Ergonomics**, v. 57, n. 4, p. 602-611, 2014.

FÁVERO, L. P.; BELFIORE, P. **Análise de dados: modelos de regressão com Excel®, Stata® e SPSS®**. Elsevier Brasil, 2016.

FERREIRA, G. D. *et al.* Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. In: **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 15, n. 1, p. 31-6, 2011.

GUIMARÃES, LB de M. *et al.* Worker evaluation of a macroergonomic intervention in a Brazilian footwear company. In: **Applied Ergonomics**, v. 45, n. 4, p. 923-935, 2014.

GUPTA, A. D.; MAHALANABIS, D. Study of hand function in a group of shoe factory workers engaged in repetitive work. In: **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 16, n. 4, p. 675, 2006.

HAY, D.; NESBITT, v. Management of acute pain. In: **Surgery**, v. 37, p. 460-466, 2019.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). In: **Workplace stress: A collective challenge**. Geneva, 2016.

LECLERC, A. *et al.* Incidence of shoulder pain in repetitive work. In: **Occupational and Environmental Medicine**, v. 61, n. 1, p. 39-44, 2004.

- LUZ, F. R. *et al.* Riscos ocupacionais de uma indústria calçadista sob a ótica dos trabalhadores. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 67-73, 2013.
- MACIEL, A. C. C.; FERNANDES, M. B.; MEDEIROS, L. S. Prevalência e fatores associados à sintomatologia dolorosa entre profissionais da indústria têxtil. In: **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, p. 94-102, 2006.
- MAGNAGO, T. S. B. S. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 429-35, 2010.
- MALMBERG-CEDER, K. *et al.* Relationship of musculoskeletal pain and well-being at work—Does pain matter? In: **Scandinavian Journal of Pain**, v. 15, n. 1, p. 38-43, 2017.
- NAVARRO, v. L. O trabalho e a saúde do trabalhador na indústria de calçados. In: **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 2, p. 32-41, 2003.
- NEGRI, J. R. *et al.* Perfil sociodemográfico e ocupacional de trabalhadores com LER/DORT: estudo epidemiológico. In: **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 555-570, 2015.
- OAKMAN, J.; MACDONALD, W.; WELLS, Y. Developing a comprehensive approach to risk management of musculoskeletal disorders in non-nursing health care sector employees. In: **Applied Ergonomics**, v. 45, n. 6, p. 1634-1640, 2014.
- OCCHIPINTI, E.; COLOMBINI, D. A toolkit for the analysis of biomechanical overload and prevention of WMSDs: Criteria, procedures and tool selection in a step-by-step approach. In: **International Journal of Industrial Ergonomics**, v. 52, p. 18-28, 2016.
- PAULA, E. A.; AMARAL, R. M. M. F. Atuação interdisciplinar em grupos de qualidade de vida para pacientes com Lesões por esforços repetitivos/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho

– LER/DORT. In: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, p. 1-10, 2019.

PRAZERES, T. J.; NAVARRO, v. L. Na costura do sapato, o desmanche das operárias: estudo das condições de trabalho e saúde das pespontadeiras da indústria de calçados de Franca, São Paulo, Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1930-1938, 2011.

ROQUELAURE, Y. *et al.* Active epidemiological surveillance of musculoskeletal disorders in a shoe factory. In: **Occupational and Environmental Medicine**, v. 59, n. 7, p. 452-458, 2002.

SALIM, C. A. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. In: **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 11-24, 2003.

SILVA, C. R. *et al.* Ergonomia: um estudo sobre sua influência na produtividade. In: **REGE Revista de Gestão**, v. 16, n. 4, p. 61-75, 2009.

SILVA, J. M. N.; SILVA, L. B.; GONTIJO, L. A. Relationship between psychosocial factors and musculoskeletal disorders in footwear industry workers. In: **Production**, v. 27, 2017.

TODD, L. *et al.* Health survey of workers exposed to mixed solvent and ergonomic hazards in footwear and equipment factory workers in Thailand. In: **Annals of Occupational Hygiene**, v. 52, n. 3, p. 195-205, 2008.

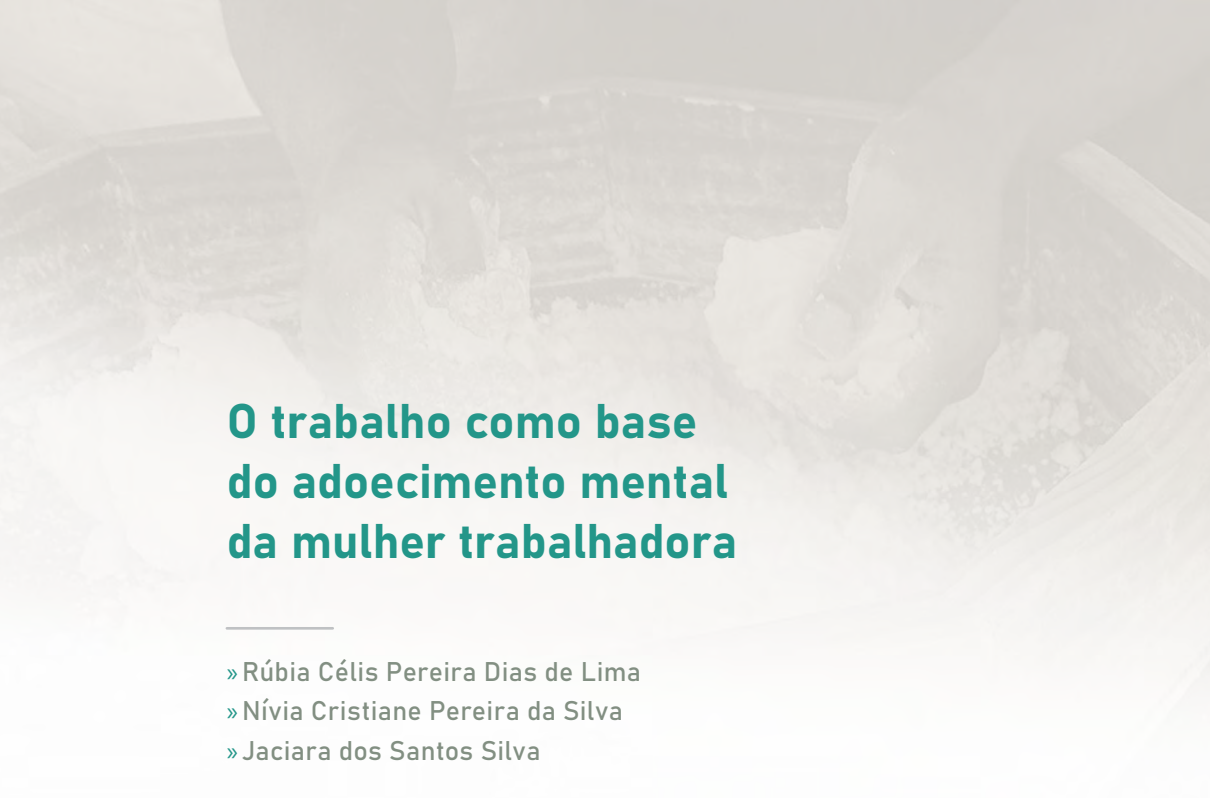
TRINDADE, L. L. *et al.* Dor osteomusculares em trabalhadores da indústria têxtil e sua relação com o turno de trabalho. In: **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 1, p. 108-115, 2012.

ULUTAS, B.; ISLIER, A. A. Dynamic facility layout problem in footwear industry. In: **Journal of Manufacturing Systems**, v. 36, p. 55-61, 2015.

VAN DER MEIJ, L. *et al.* Hair cortisol and work stress: Importance of workload and stress model (JDCS or ERI). In: **Psychoneuroendocrinology**, v. 89, p. 78-85, 2018.

VIEIRA, E. R. *et al.* Symptoms and risks for musculoskeletal disorders among male and female footwear industry workers. In: **International Journal of Industrial Ergonomics**, v. 48, p. 110-116, 2015.

YENG, L. T. *et al.* Distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho. In: **Revista de Medicina**, v. 80, p. 422-442, 2001.



O trabalho como base do adoecimento mental da mulher trabalhadora

-
- » Rúbia Célis Pereira Dias de Lima
 - » Nívia Cristiane Pereira da Silva
 - » Jaciara dos Santos Silva

INTRODUÇÃO

O presente artigo parte dos questionamentos acerca da relação capital x trabalho e como esse embate repercute na saúde da classe trabalhadora, mais especificamente a saúde mental das mulheres que se encontram inserida no mercado de trabalho.

Para a efetivação desse estudo investigativo foi realizada uma pesquisa documental tendo por base os prontuários das trabalhadoras com adoecimento mental

atendidas no Centro de Referência Regional em Saúde do/a Trabalhador/a (CEREST) de João Pessoa/PB. O interesse pela temática deu-se em virtude do aumento na incidência de casos de adoecimento mental entre as mulheres atendidas no referido Centro.

O resultado do nosso estudo permite averiguar como a lógica de acumulação e exploração do trabalho é nociva aos que vendem sua força de trabalho e que para garantirem sua sobrevivência são obrigados/as a se submeterem a tais condições de opressão.

Quando observadas as particularidades das mulheres que estão inseridas nessa dinâmica, entende-se que a divisão sexual do trabalho, o patriarcado e o racismo, são fatores que potencializam a exploração e violação do capital na vida das mesmas, gerando assim, uma superexploração do trabalho feminino, seja no âmbito público, quanto no privado.

CAPITALISMO E EXPLORAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO FEMININA

O capital ao longo dos séculos sempre buscou formas de se reinventar, introduzindo novos modos de exploração da classe trabalhadora, a fim de garantir a sua reprodução e obtenção dos lucros. Exemplo disso, a crise estrutural do capital nos anos de 1970 do século XX, que o

impulsionou a buscar medidas para a superação de tal crise, que por sua vez, marca o início de um momento histórico mundial em que os moldes de exploração capitalista passam a ser remodelados.

Segundo Mota (2009, p.03), “[...] as crises são funcionais ao modo de produção capitalista, constituindo-se num mecanismo que determina a restauração das condições de acumulação, sempre em níveis mais complexos e instáveis”. Isso implica dizer que, o capital passa a operar intensas e profundas modificações em seu modo de produção e acumulação, sendo então esse processo de mudanças o cerne da questão para compreender os impactos causados na classe trabalhadora, sobretudo a força de trabalho feminina.

Partindo desse pressuposto, a crise que se deflagrou em 1970 trouxe uma série de mudanças para as economias capitalistas, tanto no âmbito econômico, político e na produção, sendo a reestruturação produtiva uma mudança radical para a produção, tornando-se obsoleto o modo de produção taylorista-fordista, que deu lugar ao Toyotismo, um modelo de acumulação flexível. A esse respeito, Netto; Braz (2006) argumentam que

À base dessa flexibilidade – que, para muitos, assinalaria a fase do “pós-fordismo” – opera-se a *reestruturação produtiva*. De uma parte, a produção “rígida” (taylorista-fordista) é substituída por um tipo diferenciado

de produção, que da forma anterior mantém a característica de se realizar em grande escala; todavia, ela destina-se a mercados específicos e procura romper com a estandarização, buscando atender variabilidades culturais e regionais e voltando-se para as peculiaridades de “nichos” particulares de consumo. (NETTO; BRAZ, 2006, p. 228 grifos dos autores).

Diante de tais modificações na produção capitalista, inserem-se também, uma intensiva incorporação de tecnologias à produção, o que por sua vez, reduz em grande escala o contingente de trabalho vivo em detrimento do trabalho morto, deste modo, passam a serem impostas à classe trabalhadora, novas implicações no que correspondem ao trabalho, bem como, novas exigências a serem atendidas no mercado de trabalho, além da capacidade de realizar diversas atividades, o que Netto; Braz (2006) denominam de “força de trabalho qualificada e polivalente”.

A organização do trabalho antes feita pelo modelo taylorista-fordista, passa a ser reciclado para uma gestão de controle do capital, que busca a “[...] participação e o envolvimento dos trabalhadores/as, valorizando a ‘comunicação’ e a redução das hierarquias mediante a utilização de ‘equipes de trabalho’ [...]” (NETTO; BRAZ, 2006, p. 229), como também o maior estímulo à adesão ao sindicalismo por empresa.

Além dessas alterações Behring (2003) aponta que essas transformações não rebatem apenas na produção

capitalista, como também alude que tais mudanças causam significativos impactos à classe trabalhadora, sobretudo, em virtude de uma maior instabilidade nos postos de trabalho, novos parâmetros exigidos que a maioria daqueles que vendem sua força de trabalho não conseguem se enquadrar, o que por sua vez, dadas as circunstâncias, subjuga os/as trabalhadores/as a se submeterem a todas e quaisquer condições de trabalho, afim de garantirem sua subsistência.

No Brasil essas transformações orquestradas pelo capital se tornam cada vez mais adversas aos trabalhadores/as, e em conjunto com as políticas neoliberais, as desregulamentações trabalhistas e estatais são postas como via de regra desse período, principalmente a partir da década de 1990, sendo materializadas recentemente pela contrarreforma trabalhista e previdenciária, como forma de “modernizar o Brasil”, e assim, implantar a agenda ultraliberal, com inflexões severas a classe trabalhadora.

Dessa forma, as relações de trabalho se darão cada vez mais flexibilizadas, passando a priorizar vínculos empregatícios que reduzam os empregos regulares “[...] em favor do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado” (BEHRING, 2003, p. 37).

Dentre estes, se localizam, sobretudo, boa parte da força de trabalho feminina, que passam a ser cada vez mais absorvidas por esses empregos temporários ou de meio

período, devido às condições postas às mulheres, na qual, as subjuga a se submeterem a precariedade.

Em se tratando do trabalho feminino e das mulheres inseridas na sociedade capitalista, se faz importante ressaltar que elas carregam condicionantes de subjugação, opressão e exploração históricos, sendo construídos ao longo dos séculos colocando sempre a mulher em posição de inferioridade em detrimento do homem. Em nosso momento atual a subjugação da mulher pelo capital é latente, impondo a nós mulheres à ocupação periférica do mercado de trabalho e conseqüentemente ao trabalho precarizado.

Como aponta Saffioti (1978),

O aparecimento do capitalismo se dá, pois, em condições extremamente adversas à mulher. No processo de individualização inaugurado pelo modo de produção capitalista, a mulher contaria com uma desvantagem social de dupla dimensão: no nível superestrutural era tradicional uma subvalorização das capacidades femininas traduzidas em termos de mitos justificadores da supremacia masculina e, portanto, da ordem social que a gerara; no plano estrutural, à medida que se desenvolviam as forças produtivas, a mulher vinha sendo progressivamente marginalizada das funções produtivas, ou seja, periféricamente situada no sistema de produção. (SAFFIOTI, 1978, p. 35).

O que se observa através dos apontamentos de Saffioti é que o trabalho nunca foi algo estranho à mulher nas sociedades pré-capitalistas, ele apenas se mostra e

se configura de maneiras diferentes, contudo, sempre mantendo o caráter de subjugação e inferiorização da mulher e de seu trabalho.

Outro fator importante a ser ressaltado diz respeito à divisão sexual do trabalho¹, na qual, se configura como uma das principais formas de exploração do capital, pois, a partir dela, a classe trabalhadora é segmentada entre homens e mulheres, além de que, difere o trabalho masculino do feminino, inferiorizando e desvalorizando este último.

Diante disso, embora seja nítida a maior inserção da mulher no mercado de trabalho ao longo das décadas, devido à crise e as modificações no modo de produção capitalista, o crescimento do número de mulheres nos espaços de trabalho se dá de maneira enviesada e o que poderia ser visto como um avanço e conquista da mulher, na verdade é usado como mais uma estratégia do capital na expropriação do trabalho feminino.

Assim, são essas implicações que por sua vez corroboram para o crescimento de uma classe trabalhadora cada vez mais adoecida, ao passo em que o ônus maior recai para a mulher inserida nesse contexto, tanto no que corresponde a superexploração de sua força de trabalho

1 “[...] a divisão sexual do trabalho resulta de um sistema patriarcal capitalista que por meio da divisão hierárquica entre os sexos, confere às mulheres baixo prestígio social e as submete aos trabalhos mais precarizados e desvalorizados”. (CISNE, 2012, p. 117),

pelo capital, como também em razão da inferiorização do feminino numa sociedade machista, racista e patriarcal. Além de tais fatores implicarem diretamente na saúde tanto física quanto mental dessas trabalhadoras, resultando num contingente significativo de mulheres em processo de adoecimento em razão do trabalho que exercem.

De acordo com Brito (2000), “[...] tanto nos países centrais quanto nos periféricos, os métodos e técnicas *tayloristas* são aplicados majoritariamente às mulheres [...]” (p. 198, grifos do autor), tendo em vista que, que a gestão taylorista se aplica principalmente nas fábricas, nas quais, o contingente de força de trabalho feminina aumentou consideravelmente. Além disso, cabe ressaltar que a divisão sexual do trabalho também perpassa a reestruturação produtiva, “[...] implicando a coexistência de um setor flexibilizado masculino e de um setor *taylorizado* feminino [...]” (p. 198, grifos do autor), ou seja, a caracterização principal do trabalho da mulher dentro da indústria e de tantos outros setores é marcada pela repetitividade, monotonia e pelo ritmo intenso.

Dessa forma, como bem explica Hirata (2015), quando discute a intensificação do trabalho, a precarização e a flexibilização do emprego, em decorrência das novas formas de organização do trabalho mundialmente, apontam que,

Essa intensificação é a regra tanto no secundário, quanto no terciário, tanto relacionada aos executivos, quanto aos trabalhadores de execução [...] Duas consequências dessa intensificação: 1) consequência sobre a saúde física e psíquica [...] 2) aumento da distância entre assalariados e desempregados, entre trabalhadores e aqueles sem emprego. (HIRATA, 2015, p. 11, grifo nosso).

Seligmann-Silva (2011) argumenta que o trabalho feminino passa por “[...] discriminação, superexploração, repressão e, inclusive, humilhação e desrespeito, que certamente, representam importantes fontes de tensão [...]” (p. 225).

Na vida das mulheres o trabalho possui uma relação tão entrelaçada em suas vidas, que não se podem analisar ambos de forma separada, como também no que correspondem a relação família-trabalho, posto que, na maioria das vezes tal trabalho é deixado a cargo exclusivamente das mulheres. Assim, decorrem as duplas e triplas jornadas de trabalho supracitadas anteriormente, que por sua vez, a conciliação de atividades de diferentes naturezas como o trabalho remunerado e o trabalho doméstico exige da mulher maiores esforços emocionais e físicos, acarretando em elevada tensão emocional e sobrecarga física.

Além de tais fatores, as mulheres enfrentam uma intensa autoexigência, vez que, “[...] *cobrada* de todos os

lados, sente a pressão da necessidade de comprovar *que pode, sim, conciliar família e trabalho*. E que é capaz de obter *alto desempenho* nas duas áreas [...]” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 322, grifos da autora).

O desgaste gerado por essa autoexigência e pela pressão que é posta as mulheres é muito alto e custoso quando também se leva em conta o contexto social e a realidade em que as mesmas estão inseridas, que na maioria das vezes são adversos.

O aumento atual da *competição* dentro das empresas pressiona de modo especial o desempenho feminino. Primeiro, porque novamente é preciso, mais do que nunca, *provar que a mulher é tão capaz quanto o homem*. E segundo, por causa da associação perversa entre desregulamentação dos contratos de trabalho e o estreitamento do mercado de trabalho, que resulta no aumento do medo do desemprego. O acirramento das competições exacerba também esse temor. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 322, grifos da autora).

Para além dessas observações, corroboram-se para conseqüentes prejuízos para essas mulheres, sejam eles em relação à saúde, ou no relacionamento e vida familiar. Acerca dessa questão, a autora supracitada realizou uma síntese sobre como se dá essa dinâmica na vida dessas mulheres, como podemos observar a seguir:

- Preconceito contra trabalho feminino + exigências organizacionais + competição acirrada = mulheres aumentam autoexigência (intensificam trabalho, aceitam extensões de jornada) → fadiga e tensão → desgaste mental.
- Vínculo contratual precário → insegurança no emprego/temor de demissão → maximização de desempenho → fadiga e tensão → desgaste mental.
- Atividade doméstica (trabalho visível e trabalho afetivo) pressionada pela demanda familiar e pela autoexigência: prejuízo do trabalho afetivo pela fadiga e irritabilidade originadas no trabalho → frustração/insatisfação dos familiares e da trabalhadora → conflito → desgaste mental.
- Fontes adicionais de tensão no trabalho: desproteção e exposição a ruído, riscos de acidente, intoxicação e outros; falta de reconhecimento; avaliações injustas; ofensas e humilhações → desgaste físico e mental.
- Fontes adicionais de tensão presentes na vida familiar: doença na família; desemprego do cônjuge ou dos filhos; dívidas; outros.
- Fonte adicional de fadigas e tensão nas grandes cidades/áreas metropolitanas: Tempo e extensão

do trajeto no deslocamento entre trabalho e domicílio. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 322-323 grifos da autora).

Ao elencar tais pontos a autora deixa explícito alguns dos fatores que perpassam o cotidiano das mulheres bem como, as pressões pelas quais as mesmas estão submetidas e como se repercutem em sua saúde, além de marcar a diferenciação existente desses fatores para mulheres e homens, vez que, aos últimos se tem uma posição privilegiada na sociedade em detrimento da subjugação do feminino.

Mediante a realização de tal análise dos condicionantes na vida e trabalho das mulheres, Seligmann-Silva (2011) elencou alguns aspectos como determinantes para tal condição das mulheres, os quais implicam: nas desvantagens construídas historicamente pela opressão do patriarcado que oprimem e violentam a vida das mulheres diariamente, “[...] exigindo cargas de trabalho excessivas, assim como exposição a riscos e sacrifícios que se refletem frequentemente em sua saúde geral e de modo especial na saúde mental [...]” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 325-326).

A autora também pontuou como aspectos as duplas jornadas de trabalho e a precarização do mundo do trabalho, orquestrada pelo capital com a reestruturação produtiva e o neoliberalismo, bem como, a divisão sexual

do trabalho. Diante disso, é possível perceber as diferentes formas pelas quais o adoecimento mental se faz presente na vida das mulheres, assim como perceber de que maneira o trabalho (em todas as suas formas) é um dos principais condicionantes para que isso ocorra.

O ADOECIMENTO MENTAL DAS MULHERES TRABALHADORAS

Os dados a seguir dizem respeito à pesquisa de cunho documental² realizada no Centro de Referência Regional em Saúde do(a) Trabalhador(a) (CEREST) de João Pessoa/PB.

O CEREST integra a Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do/o Trabalhador/a (RENAST), que promove ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida dos(as) trabalhadores(as) formais, informais, urbanos e rurais, por meio da prevenção, vigilância, bem como diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde, oferecida por meio de um suporte técnico especializado inserido na Rede do Sistema Único de Saúde (SUS), con-

2 Os dados referem-se aos anos de 2016 e 2017, contabilizando um universo de 17 (dezesete) prontuários que foram pesquisados nos registros do CEREST, tendo as mulheres apresentado o CID-F00 a F99, que correspondem ao adoecimento mental. Ressaltamos que a coleta dos dados se deu mediante Termo de Anuência do Diretor do CEREST.

forme assinala a Portaria nº GM/MS 2.728/09 que dispõe sobre a RENAST. (BRASIL, 2011)

Nesses termos, cabe ao CEREST promover a integração da Rede de serviços de saúde do SUS, assim como a vigilância e a gestão, na incorporação da Saúde do/a Trabalhador(a) em sua atuação sistemática em todos os níveis de atuação do SUS.

A pesquisa documental teve como principais objetivos traçar o perfil socioeconômico das mulheres trabalhadoras, bem como, a caracterização de seus postos de trabalho e através dos registros de seus depoimentos compreender as causas do seu processo de adoecimento mental.

Dando início a análise dos dados, o primeiro dado apresentado refere-se ao perfil socioeconômico das trabalhadoras, especificamente à faixa etária, onde 41% dessas mulheres encontram-se na faixa etária entre 30 a 40 anos de idade, seguidas por 29% entre 40 a 50 anos. Em seguida, temos 12% das trabalhadoras na faixa de 20 a 30 anos e na faixa de 50 a 60 anos também resultaram em 12%. A pesquisa verificou que no prontuário de uma trabalhadora não continha tal informação.

Com relação ao estado civil a pesquisa verificou que 41% das trabalhadoras se declararam casadas, seguidas de 29% solteiras, 12% divorciadas e 6% apresentam união

estável. Os outros 12% correspondem aos prontuários que não continham essa informação.

Como observamos, a maioria das trabalhadoras são casadas, ou vivem em união estável, o que correspondem a 47%, o que por sua vez, se faz importante ressaltar o impacto que o adoecimento mental causa na vida e no lar dessas mulheres, que em sua maioria também são mães. Como pôde ser observado em vários registros dos depoimentos, em que por vezes as mulheres também se viam em sofrimento devido a não conseguir mais cuidar de todos os afazeres domésticos, ou até mesmos dos filhos, em razão da sua saúde mental, além de que, essas situações de “impotência”, ou de “fraqueza” geradas pelo adoecimento, passam a agravar ainda mais o quadro clínico dessas mulheres.

Outro fator relevante diz respeito a divisão sexual do trabalho, que deve se fazer presente nessa análise, tendo em vista que, como supracitado, a responsabilização pelo trabalho doméstico e cuidado com os filhos são exclusivamente encarregadas as mulheres. A esse respeito Ávila (2004) ressalta que

A realização das tarefas relativas à reprodução, entendida aqui como processo de procriação, manutenção e desenvolvimento dos seres humanos, são contabilizadas como parte da dinâmica natural da vida cotidiana, cuja responsabilidade, como

afirmado anteriormente, está a cargo das mulheres. Essa dinâmica, que está implícita na concepção tradicional do feminino associado às mulheres, está questionada e, em algumas situações, alterada, mas não está superada. (ÁVILA, 2004, p. 08).

Conforme já discutido anteriormente, a imposição às mulheres para a realização desse trabalho e a pressão que é exercida em suas vidas para conseguir abarcar todas essas tarefas, geram rebatimentos para a saúde mental das mesmas, que já se veem fragilizadas e oprimidas por um sistema patriarcal e desigual, que também se reproduz através da exploração de gênero.

Em relação à questão ético-racial, os dados apontam que 53% das trabalhadoras se autodeclararam brancas, 29% se declararam como pardas, 12% como negras e 06% correspondem aos prontuários que não continham tal informação.

Esses dados são relevantes tendo em vista a diferença sociorracial histórica no país. Acerca dessa questão Munanga (2001), observa que,

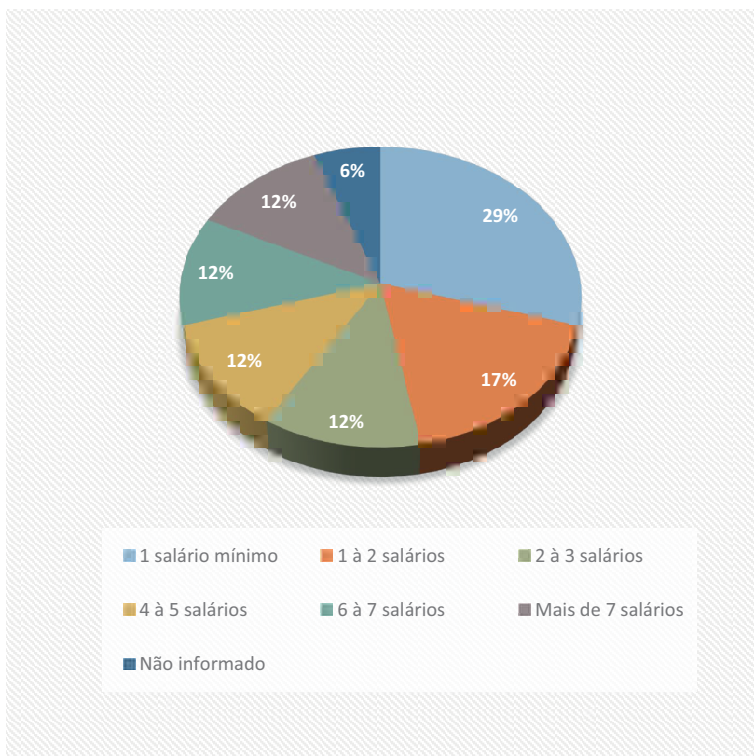
[...] estudos acadêmicos qualitativos e quantitativos recentes, realizados por instituições de pesquisa respeitadíssimas como o IBGE e o Ipea, não deixam dúvidas sobre a gravidade gritante da exclusão do negro, isto é, dos pretos e mestiços na sociedade brasileira. Fazendo um cruzamento sistemático entre o pertencimento racial e os indicadores econômicos de renda, emprego, escolaridade, classe social, idade, situação familiar e região ao longo de mais de 70 anos desde 1929 [...] (MUNANGA, 2001, p. 32-33).

Com relação ao nível de escolaridade das trabalhadoras, a pesquisa apontou que 35% possuem Ensino Médio Completo; seguidas de 29% que possuem Ensino Superior Completo; 12% possuíam Ensino Médio Incompleto e o mesmo percentual, Ensino Fundamental Incompleto. A pesquisa verificou em dois prontuários não continha tal informação.

Estudos apontam que a remuneração do trabalho feminino ainda persiste inferior ao masculino, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2019 mostrou que ... mulheres com 12 anos ou mais de estudo ganham, em média, 68% do que homens com a mesma escolaridade (IPEA, 2019). Além de que de maneira geral as mulheres brasileiras ganham em média 76% da remuneração masculina, e em se tratando as mulheres negras esse número cai para 43% da remuneração dos homens brancos.

Os dados seguintes correspondem à renda mensal das trabalhadoras, como aponta o Gráfico a seguir:

Gráfico 01 - Renda Mensal das Trabalhadoras. João Pessoa/PB.

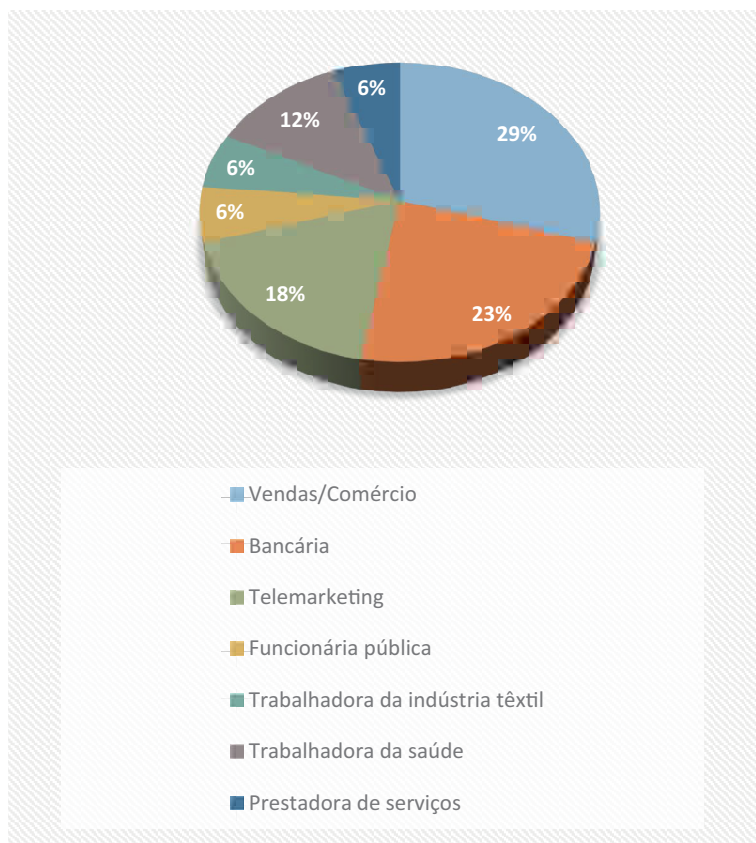


Fonte: CEREST, 2018.

A leitura dos dados acima demonstra que a maioria da renda das trabalhadoras varia de 01 a 03 salários mínimos, que totalizam 58% do total de prontuários pesquisados. Os demais percentuais giram em torno de 46% da renda mensal das mulheres. Esses dados estão ligados diretamente

a função desenvolvida por cada trabalhadora, como verificamos no Gráfico seguinte:

Gráfico 02- Ocupação das Trabalhadoras. João Pessoa/PB.



Fonte: CEREST, 2018

Apesar das ocupações se mostrarem bastante subdivididos, contudo, pode ser observada a predominância de algumas áreas de trabalho: o setor de vendas/comércio que corresponde a 23%, o setor bancário com mesmo percentual (23%), o setor de telemarketing com 18% e com 12% correspondendo às trabalhadoras da área da saúde.

Conforme observado no Gráfico 02, as áreas de trabalho voltadas para a prestação de serviços e vendas/comércio se configuram como os setores onde essas mulheres mais se encontram em processo de adoecimento mental.

Ademais, os setores bancário, telemarketing e comércio, são setores que lidam com o público diariamente, além de apresentarem elevada cobrança por metas e até mesmo ocorrências de assédio moral dentro desses ambientes de trabalho, como fora analisado a partir do registro dos depoimentos das trabalhadoras em seus prontuários. Seguem a seguir os relatos das trabalhadoras:

Devido a agressões verbais, assédio moral, humilhação e discriminação, sobretudo devido a sua idade, relatou que foi chamada de louca e de “dinossaura”, por uma colega e pelo gerente. Em razão disso a usuária passou a se retrair em seu local de trabalho, a se esconder dos clientes, impactando diretamente na diminuição de suas vendas. Também relatou que perdeu o prazer em seu trabalho. (Prontuário nº 11)

Durante seu trabalho era exposta a cobrança dos supervisores e situações de estresse no atendimento aos clientes e na relação com os supervisores. Relatou que seu adoecimento foi desencadeado principalmente devido aos atendimentos aos clientes. (Prontuário nº 17)

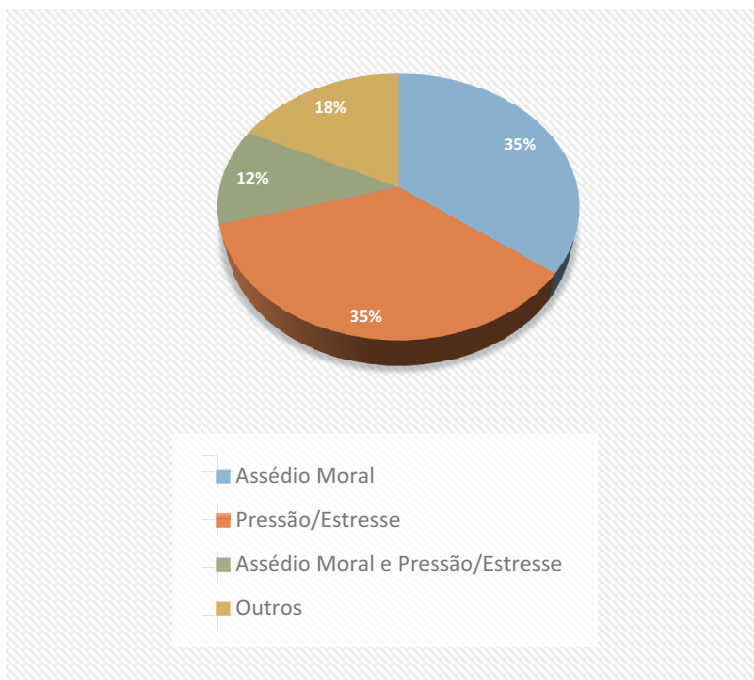
De acordo com os dados de ocupação, principalmente dos setores de trabalho supracitados foram identificados como ambientes que podem vir a gerar estresse, descontentamento com a função desempenhada, assédio moral quanto ao cumprimento de metas e a execução do trabalho em si e até mesmo humilhações de cunho pessoal dirigido a essas mulheres. O que por sua vez, mostra-se como fatores desencadeadores do adoecimento mental e também se percebe que tais ambientes na maioria das vezes não promovem a reprodução da saúde de seus/as trabalhadores/as, como observados mediante relato das trabalhadoras.

Para além do levantamento de dados socioeconômicos e das discussões anteriormente realizadas acerca da relação capital x trabalho, das transformações no mundo do trabalho e como isso se repercute na vida das mulheres, se faz importante atentar a como o processo de adoecimento mental interfere na vivência, no dia-a-dia e nas relações sociais estabelecidas por essas mulheres.

Diante disso, a pesquisa constatou que as causas desencadeadoras mais recorrentes do adoecimento mental

de acordo com as trabalhadoras são o assédio moral e a pressão/estresse no ambiente de trabalho, como podemos observar o Gráfico a seguir:

Gráfico 03 - Fatores que desencadeiam o adoecimento mental das Trabalhadoras. João Pessoa/PB



Fonte: CEREST, 2018

Os dados apontam que um elevado percentual (70%) das mulheres sofreu assédio moral, pressão e estresse em seus ambientes de trabalho como as principais causas do sofrimento psíquico. Segue relato de uma das trabalhadoras atendidas no CEREST:

A usuária informou que desenvolveu seu adoecimento em razão do assédio moral sofrido em seu trabalho, após ser maltratada pela sua supervisora, sendo agredida verbalmente. Também sofreu ofensas da parte de alguns colegas de trabalho, o que agravou seu adoecimento. (Prontuário nº 01)

Os relatos abaixo correspondem ao assédio moral no local de trabalho:

Sofreu assédio moral por parte de sua supervisora, que constantemente criticava o seu trabalho e a humilhava diante de outros colegas de trabalho. A usuária relatou que sofria perseguição da supervisora, desencadeando o seu quadro de adoecimento mental. (Prontuário nº 16)

Com o passar do tempo o trabalho foi se intensificando gerando uma grave situação de estresse, além de que, qualquer ação realizada fora das normas da empresa era somados pontos negativos que seriam descontados do salário. Muitas vezes para atingir as metas de empresa e dar conta de todo o trabalho, tinha que trabalhar além da sua carga horária habitual. Devido a isso, sofria um estresse emocional muito grande devido à sobrecarga de trabalho. (Prontuário nº 02)

Seu ambiente de trabalho é muito estressante devido a cobranças dos supervisores para cumprir metas e horários, como também, a constante monitoração para ir ao banheiro e se alimentar. Após o seu 5º mês trabalhando na empresa passou a desenvolver sintomas como dores no peito, dores de cabeça, perda de peso e medo de sair de casa e de ficar sozinha. (Prontuário nº 08).

A relação capital/trabalho e a lógica perversa do mercado visam explorar ao máximo a força de trabalho a fim de obter os lucros para a sua reprodução, não se importando de que esses meios transformam trabalhadores(as) em máquinas descartáveis, ou os ambientes de trabalho em locais nocivos e prejudiciais à saúde daqueles que ali convivem cotidianamente.

Como resultado, temos o comprometimento da saúde de toda uma classe e de milhares de mulheres oprimidas e subjugadas a exploração desse sistema. A esse respeito Alves (2009) assevera que

[...] o capital incorpora o trabalho feminino de *modo desigual e diferenciado em sua divisão social e sexual do trabalho*. [...] os salários, os direitos, as condições de trabalho, em suma, a *precarização das condições de trabalho tem sido ainda mais intensificada quando, nos estudos sobre o mundo fabril, o olhar apreende também a dimensão de gênero*. (ALVES, 2009, p. 109, grifos do autor).

Como já exposto anteriormente, o capital segundo Alves (2009), se apropria intensificadamente da “*polivalência e multiatividade* do trabalho feminino” (p. 109, grifos do autor), advindo das múltiplas jornadas de trabalho executadas diariamente pelas mulheres na esfera doméstica, o cuidado com o lar e com os filhos (trabalho doméstico e trabalho reprodutivo), o que, portanto, se configura em níveis mais elevados de exploração da força de trabalho feminina.

Os dados seguintes dizem respeito aos Benefícios Previdenciários que foram acessados pelas trabalhadoras. A maioria informou que acessaram ao B31 - Auxílio Doença Previdenciário³, correspondendo a 76%, enquanto que apenas 6% tiveram acesso ao B91 - Auxílio Doença Acidentário, 12% equivale aos prontosuários em que não continham tal informação.

Esse baixo acesso ao B91 demonstra, dentre outras razões, a dificuldade de se estabelecer muitas vezes o nexo causal do adoecimento mental com o trabalho, contudo, a conjuntura política do país também gera rebatimentos para as políticas sociais, em razão da contrarreforma do Estado em curso no Brasil.

3 Códigos utilizados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das análises realizadas ao longo desse artigo, podemos observar que em conjunto com as transformações sofridas no mundo do trabalho, à luz da reestruturação produtiva e da atual face ultraliberal, o capital reinventa suas formas de controle e exploração, intensificando-as, conforme refletido diante dos dados expostos, bem como, através dos relatos registrados pelas trabalhadoras atendidas pelo CEREST.

Através da pesquisa realizada, tornou-se tangível compreender os rebatimentos da exploração capitalista na vida e em especial na saúde mental das mulheres que vendem sua força de trabalho.

Diante disso, se pode constatar como essa lógica perniciosa de acumulação e exploração do trabalho, são nocivas aos que vendem sua força de trabalho, e que para garantirem sua sobrevivência são obrigados(as) a se submeterem a tais condições de opressão. Quando se observam as particularidades das mulheres que estão inseridas nessa dinâmica, entende-se que a divisão sexual do trabalho, o patriarcado e o racismo, são fatores que potencializam a exploração e violação do capital na vida das mesmas, suscitando assim, uma superexploração do trabalho feminino, seja na esfera pública e/ou privada.

Destarte, os ambientes de trabalho também reproduzem essa lógica, a nova gestão do trabalho que traz na flexibilização das relações e na intensificação da produção, geram locais prejudiciais à reprodução da saúde dessas mulheres que estão inseridas nesses espaços. Assim, através da pesquisa podemos identificar que, ambientes nos quais existem acentuada pressão para o cumprimento de metas, para atingir um número estipulado de produção, entre outros, são ambientes que geram altos níveis de estresse em seus/as trabalhadores/as, como também, geram em muitos casos o assédio moral e abuso de poder entre colegas de trabalho, tendo em vista que, muitas vezes as empresas estimulam uma verdadeira competição dentro dos ambientes de trabalho e conseqüentemente uma competição entre os(as) próprios(as) trabalhadores(as).

REFERÊNCIAS

ALVES, G. Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal: precarização do trabalho e redundância salarial. In: **Rev. Katálises**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 188-197, jul./dez. 2009.

ÁVILA, M. Vida Cotidiana e o Uso do Tempo Pelas Mulheres. In: **VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais**, 2004, Coimbra, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. In: **Caderno de Saúde do Trabalhador**. Brasília; 2001.

BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ed. São Paulo, Cortez, 2008.

BRITO, J. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. In: **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 195-204, jan./mar. 2000.

CISNE, M. **Gênero, divisão sexual do trabalho e Serviço Social.** 2ed. São Paulo, Outras Expressões, 2012.

HIRATA, H. Mudanças e permanências nas desigualdades de gênero: divisão sexual do trabalho numa perspectiva comparativa. In: **Rev. Friedrich Ebert Stiftung Brasil**, São Paulo, n. 7, p. 4-22, outubro, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Disparidades salariais entre gêneros.** Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/> Acesso em 03 Jun 2020.

MOTA, A. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília, CFESS/ABEPSS, 2009.

MUNANGA, Kabengele. Políticas de ação afirmativa em benefício da população negra no Brasil: Um ponto de vista em defesa de cotas. In: **Sociedade e Cultura**, v. 4, n. 2, jul./dez. Goiania, 2001.

NETTO, J.; BRAZ, M. **Economia política:** uma introdução crítica. 8ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SÁ-SILVA, J; ALMEIDA, C; GUINDANI, J. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. In: **Rev. Brasileira de História e Ciências Sociais**, n.1, julho. 2012.

SAFFIOTI, H. **A mulher na sociedade de classes:** mito e realidade. 2ed. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 1978.

SELIGMANN, E. **Trabalho e desgaste mental:** o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo, Cortez, 2011.

As transformações da organização do trabalho e as repercussões na saúde dos trabalhadores⁴

» Fernando Tomasina

» María Noel Close

INTRODUÇÃO

Os tempos atuais são percebidos como extremamente densos, compactados, pouco “arejados”, tempo de pós-modernismo acelerado, ou hipermodernos. Aprofundou-se a globalização do mercado e predomina a incerteza. Há, dessa forma, uma expansão dos espaços virtuais, condicionando a vida cotidiana e impactando o mundo do trabalho. Nesse sentido, diz Oscar Feo:

Agudizam-se contradições emanadas do mercado global, no social há um predomínio do individualismo que no mundo do trabalho se expressa na exigência

4 Texto escrito em espanhol pelos autores. Tradução de Paulo César Zambroni-de-Souza.

derivada de se buscar uma qualidade total, uma utópica carreira condicionada desde o início, com poucos ganhadores e majoritariamente perdedores. (FEO, 2009, on line).

Este mal estar observado no mundo do trabalho impacta seriamente a saúde dos trabalhadores.

O presente trabalho tem como objetivo desenvolver uma reflexão à luz de aportes de diferentes autores sobre as transformações ocorridas em nível social, em particular na organização do trabalho, e seu impacto na saúde dos trabalhadores.

O MUNDO DO TRABALHO E SUAS TRANSFORMAÇÕES

Em um contexto social global de mudança, o mundo do trabalho se transformou vertiginosamente. O desenvolvimento de novos padrões tecnológicos e novas formas de organizar o trabalho gerou novas exigências e/ou cargas laborais, os chamados novos riscos, que geram novos perfis na relação saúde/doença dos trabalhadores que deles participam.

Essa situação coexiste com as formas clássicas de exploração, caracterizadas pela baixa incorporação tecnológica, nas quais os processos perigosos são derivados de riscos higiênicos e de segurança observados desde o

início da revolução industrial e cujo impacto na saúde dos trabalhadores expostos se apresenta principalmente nas sequelas dos acidentes e nas clássicas doenças ocupacionais (RASSO, 2008). Como García afirmava já na década de 80 do século passado, o processo laboral e as condições laborais nas quais se realiza está submetido às condições de geração de valor e as estratégias de geração (GARCÍA, 1988).

Essas estratégias atualmente se intensificam e impactam nas condições de vida e trabalho, como afirma Breilh (2011, p. 29): “[...] a aceleração do ritmo de reprodução do capital na economia global desde meados dos anos oitenta maximizou a deterioração da vida em nosso planeta”.

Precariedade e incerteza são alguns dos resultados no mundo do trabalho contemporâneo, condicionando em parte as políticas sociais que o Estado pratica. Observam-se também transformações que os tempos atuais impõem como, por exemplo, a fugacidade dos vínculos, que se expressa no mundo laboral em relações mais frágeis, em geral temporárias. Tudo tem pouca solidez, os vínculos laborais se comportam como fluidos, tempo de modernidade líquida, como afirma Bauman (2003).

Autores como Giddens; Beck incorporam os conceitos de riscos às mudanças ocorridas nas relações sociais. Como afirma Pucci (2004, p. 43): “As sociedades de modernidade avançada, para estes autores, colocaram

sob risco as formas de organização de trabalho e das relações sociais contemporâneas”.

Como mencionado anteriormente, há um acentuado predomínio do individualismo, que se reflete no mundo do trabalho em uma competição feroz pelos espaços (DE GAULEJAC, 2014).

Existe também uma crescente marginalização de diferentes coletivos sociais. Pode-se afirmar que em alguns casos se instala um processo de exclusão contínua para pessoas que não terão possibilidades de ingressar no mercado laboral, em um processo de desfiliação social, como afirma Castel (2014).

A produtividade e a eficiência econômica se impõem nas políticas de gestão de pessoas através da governança por cifras (SUPIOT, 2015), frequentemente desconhecendo o valor do trabalho de quem os gera, o trabalhador (RODRIGUEZ, 2012), como afirma Molinier:

Pode-se medir o número de atos realizados em um serviço de saúde. Pode-se tratar de avaliar os resultados graças ao cálculo, mas a qualidade da atenção, a complexidade do caos, a relação com os doentes ou com pessoas em situação de desamparo, não podem ser avaliadas segundo os cânones e métodos de gestão (MOLINIER, 2008, p. 122).

Nessas mudanças gerenciais se incorporam conceitos de polivalência, flexibilidade, relações temporais, assim como remuneração variável em relação à produtividade individual.

As transformações na organização do trabalho formam parte de uma série de processos que afetaram negativamente a vida subjetiva e a saúde mental dos trabalhadores. Essas transformações favorecem a precariedade no trabalho, a cultura da produção de resultados em detrimento do trabalho vivo e de todos os esforços mobilizados pelos bandidos para alcançar esses resultados e objetivos quantitativos. Justamente em relação à procura de resultados se geram processos de extrema exigência individual e coletiva em busca da qualidade total.

O trabalho vivo exige a implicação da subjetividade na experiência do real, ou seja, o que nos afeta em situação de trabalho, chegando à globalidade de nossa personalidade e nossa vida subjetiva, encontrando muitas vezes como via de expressão os espaços mais íntimos e privados, como por exemplo a insônia e os sonhos profissionais. A atividade de trabalho vivo (DEJOURS, 2012a; 2013a), uma vez que são individuais e subjetivas, são realmente incomensuráveis.

Os novos métodos de gestão não somente atacam o sentido do trabalho como também comprometem a possibilidade de pensar o trabalho e de dar continuidade ao *savoir-faire*, às habilidades construídas coletivamente

(DEJOURS, 2018). Neste cenário de mudanças do trabalho, o desenvolvimento e a incorporação da tecnologia da informação exerceram um papel importante. Como afirma Araújo (2013), nessas transformações há um componente central que é a existência do ciberespaço, facilitado pelo desenvolvimento tecnológico explosivo e expansivo das tecnologias da comunicação, que determinam uma mudança dramática em nível do mundo do trabalho, das relações e das formas de comunicação.

Além das características há pouco mencionadas, pode-se descrever outras situações relevantes como a crescente automação e robotização da atividade produtiva que supõem uma mudança dramática nas relações laborais, emergindo como uma nova ameaça para os trabalhadores, um novo fator de estresse. Um exemplo dessas mudanças são os trabalhadores de diferentes plataformas digitais de *deliverys*.

Paradoxalmente, são microempresários individuais, portanto, seu meio de sustento, são obtidos por eles mesmos, a quem também é designada a função de amparar-se dos riscos. Tais mudanças no mundo do trabalho convivem com formas de produção clássicas, o que explica que os trabalhadores sigam se expondo a exigências e cargas derivadas de “velhos riscos” físicos, químicos, biológicos, com sua carga de lesões e incapacidades derivadas de acidentes

e enfermidades ocupacionais tradicionais. Ainda podem se observar, ainda que estejam retrocedendo, modelos de produção fabril tradicionais, de organização taylorista-fordista próprios das chamadas sociedades sólidas.

Impacto na Saúde dos Trabalhadores

A saúde e o trabalho se apresentam como processos múltiplos, mas vinculados entre si, dialeticamente relacionados, em cenários sociais mutantes e incertos, de risco e extremamente complexos. Desde sempre, o trabalho apresenta dualidade em relação à saúde, pois contém aspectos favoráveis ao bem estar do trabalhador como também aspectos desfavoráveis a ela (BREILH, 1995).

Ramazzini já havia destacado esta dualidade em sua obra clássica sobre a enfermidade dos artesãos, publicada no século XVIII:

[...] de onde esperavam obter recursos para a sua própria vida e para a manutenção da sua família, não poucas vezes contraem gravíssimas enfermidades e acabam por maldizer o ofício ao qual haviam se entregue. (RAMAZZINI; BERMÚDEZ, 2012, p. 10).

Diversos autores compartilham a ótica que destaca a situação dialética entre a saúde e o trabalho. Segundo Betancourt (2007) se podem identificar processos saudáveis derivados das situações laborais que facilitam

o desenvolvimento de capacidades físicas, cognitivas, afetivas entre outros aspectos. Mas há também processos perigosos que determinam a perda de capacidades reais e/ou potenciais entre os trabalhadores. No mesmo sentido, Dejours afirma que “[...] o trabalho pode gerar o pior, até empurrar alguns assalariados ao suicídio, mas pode gerar o melhor e ser um meio poderoso na construção da saúde” (DEJOURS, 2013, *on line*).

Dejours (2012a; 2012b; 2013a; 2013b; 2018), em sua extensa obra bibliográfica sustentada na prática da clínica do trabalho, demonstrou que ninguém trabalha sozinho, sempre se trabalha com outros e para outros. Assim, realizar um trabalho com sentido e ser beneficiário de exemplos de reconhecimento constituiriam poderosas fontes de saúde mental e fortalecimento da identidade profissional. Não obstante, a sobrecarga laboral, somada à falta de reconhecimento de toda a inteligência mobilizada pelos trabalhadores, pode levar a que os trabalhadores experimentem expressões de sofrimento patológico, conduzindo-os à extrema solidão e, ainda pior, ao suicídio, como mostrou o caso France Telecom.

Em nível mundial, as enfermidades relacionadas com o trabalho seguem sendo as principais causas das mortes vinculadas com a ocupação. Segundo estimativas da OIT,

“[...] de um total de 2,34 milhões de mortes a cada ano, apenas 321.000 se devem a acidentes. Os restantes 2,02 milhões de mortes são causadas por diversos tipos de enfermidades relacionadas ao trabalho, o que equivale a uma média diária de mais de 5.500 mortes” (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 2013, *on line*).

Essas estimativas naufragam nas estatísticas oficiais dos países, em grande parte pelo não reconhecimento de sua origem laboral das mortes ou as subnotificações. A OIT já mencionava no ano 2013 que estamos diante de uma “Pandemia Oculta”, que Kohen denomina como invisibilidade social sobre a enfermidade profissional e adverte sobre a necessidade de “[...] avançar no desocultamento jurídico-epidemiológico da enfermidade laboral” (KOHEN, s/d, p. 01)

Nesse sentido, no início da palestra em evento organizado pela Gerência de Prevenção da Superintendência de Riscos do Trabalho, com o apoio do Programa de Saúde e Trabalho do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade de Lanús (Argentina), realizado em 2 de novembro de 2012, Dejourns (2012b) enfatizou a necessidade de pensar em uma política de prevenção e também de ações orientadas a aspectos sindicais e de políticas públicas.

Os danos psicopatológicos causado pelo trabalho foram levados à cena pública principalmente a partir da crise de 1968 na França, que implicou um grande movimento internacional que associou de forma conjunta os

operários, os trabalhadores em geral, assim como também os estudantes.

O foco da denúncia radicava-se na alienação, isto é, se denunciava a organização do trabalho taylorista-fordista que tornava “loucas” as pessoas por causa das condições de trabalho. No referido encontro, Dejourns (2012b) também ressaltou que, se como trabalhadores somos os responsáveis pelo êxito do sistema, também podemos decidir trabalhar de outro modo, ou seja, é necessário produzir novas competências para analisar a organização do trabalho e assim poder transformá-la. As comissões bipartites, médicos do trabalho, ergonomistas, psicólogos sociais, departamento de pessoal, se não trabalham de forma articulada com soluções propostas para negociações no interior das empresas, entidades estatais, etc., torna-se difícil poder construir formas de prevenção em saúde mental no trabalho.

A OPAS, também no ano de 2013, se referia à existência da chamada nova epidemia global escondida, que constituía, na ocasião, 59% de todas às enfermidades profissionais. Tratava-se de desordens músculo-esqueléticas, estresse ocupacional e enfermidades causadas por tecnologias emergentes (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013).

O impacto na saúde dos trabalhadores derivado das mudanças organizacionais e/ou tecnológicas se expressam em mal estar e/ou enfermidades inespecíficas da esfera psicossomática, grande parte derivadas do estresse laboral crônico (TOMASINA, 2002, 2012).

Com relação a esse ponto, Dejours (2012b) discute como as mudanças nos modelos de gestão tiveram impacto desfavorável no psiquismo dos trabalhadores, destacando a negatividade do uso da avaliação individualizada e a qualidade total, que exacerbam ao extremo o individualismo e a competência, quebrando, assim, o sentido coletivo do trabalho.

As situações de estresse contínuo esgotam os recursos psicológicos, físicos e sociais do trabalhador, podendo se expressar em sintomas de ansiedade e angústia que, se não resolvidos, frequentemente evoluem para depressão. A repercussão física está associada a alterações cardiovasculares, digestivas e osteomusculares. Portanto, o estresse é considerado um fator de risco para doenças crônicas, como mostram abundantes evidências científicas. Ao lado disso, também existem diferentes pesquisas que colocam o estresse como um fator de risco associado à segurança (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 2016).

Em 2016, no dia internacional da saúde e segurança no trabalho, a OIT reconheceu a necessidade de desenvolver

políticas preventivas em relação ao estresse entre os trabalhadores, dada a sua alta prevalência. Alguns dados que medem esse impacto e aparecem no Relatório são:

- O Observatório Europeu de Riscos afirmou que em 2009 uma média de 22% dos trabalhadores sofria de estresse;
- Na Argentina, também em 2009, uma pesquisa nacional apresentou dados segundo os quais 26,7% sofreram sobrecarga mental;
- No Chile, em 2011, uma pesquisa nacional também refere que 27,9% dos trabalhadores relataram que o estresse e a depressão estavam presentes na empresa (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 2016).

O Uruguai não é alheio à realidade mundial. Analisando a casuística da policlínica de medicina do trabalho do departamento de saúde ocupacional do Hospital de Clínicas, se evidencia que os motivos de consultas relacionadas a fatores psicossociais vêm aumentando progressivamente nos últimos anos, sendo atualmente uma das principais causas de consulta. Durante o ano de 2016 foram realizados 265 atendimentos, 37,4% relacionados a fatores psicossociais do trabalho. Destes, destacam-se os atendimentos por situações de violência, estresse laboral, desgaste emocional

e depressão. A segunda causa observada foram problemas relacionados às condições osteomusculares (30%), que em geral respondem a desenhos organizacionais não ergonômicos, predominando lesões por esforços repetitivos em membros superiores e patologia dolorosa da coluna.

Nas investigações realizadas pelo Departamento de Saúde Ocupacional, fica evidente a presença da síndrome de burnout profissional (Síndrome de Burnout), principalmente nos serviços de cuidados pessoais, assistência à saúde e ensino. Estes setores não ficaram imunes às mudanças na sociedade em geral e no mundo do trabalho em particular. Conforme afirma Araújo (2016, p. 2018),

Nessas sociedades de urgência, a tensão, o esforço para acompanhar o ritmo vertiginoso do tempo é tal que o sujeito pode cair em depressão. O ônus que ele deposita no desempenho a que se dedica e, sobretudo, no sucesso, leva ao colapso de si mesmo, ao esgotamento.

Em relação a outros elementos emergentes em saúde ocupacional observados no Uruguai, destacam-se os dois casos publicados pelo Departamento de Saúde Ocupacional sobre síndrome de exposição química múltipla (EQM). O artigo menciona que

[...] as formas de trabalho novas, flexíveis e não regulamentadas conspiram com os modelos de controle, pois facilitam as múltiplas exposições. Geram diferentes expressões de desconforto ou doença,

não mais específicas como classicamente descritas no campo da medicina do trabalho. (DE BEN *et al.*, 2014, p. 125).

Ações de promoção da Saúde do Trabalhador

Frente a essa situação, chamar os trabalhadores à participação ativa e a articulação com os espaços acadêmicos são estratégicos para enfrentar as ameaças à saúde. As experiências de pesquisa participativa no campo da saúde do trabalhador são uma ação inicial, mas potente, para desencadear processos de apropriação do conhecimento para uma ação transformadora. A declaração de Bangkok, de 2005, definiu com precisão que “[...] a promoção da saúde consiste em permitir que as pessoas exerçam maior controle sobre os determinantes de sua saúde e, assim, melhorem-na”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005, *on line.*).

Desde a década de 1990, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) definiu diretrizes estratégicas gerais para a região em termos de saúde laboral, enfatizando a necessidade de gerar políticas voltadas para alcançar ambientes saudáveis com a participação dos trabalhadores (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2000) Como bem diz Kohen (2017), deve-se impulsionar

[...] os mecanismos necessários para resgatar o conhecimento dos trabalhadores, servindo de veículo para que eles se apropriem de suas próprias produções de conhecimento, bem como das ferramentas disponíveis para implementar políticas e práticas preventivas. (KOHEN (2017, p.)

As afirmações acima são consistentes com o que afirma a Organização Internacional do Trabalho (OIT), que introduziu o conceito de trabalho decente ou digno. Somavia trouxe esse conceito em suas memórias como Diretor-Geral da OIT em 1999. É concebido a partir da lógica do respeito à dignidade humana em relação ao trabalho, entendendo que o trabalho realizado de forma digna favorece o desenvolvimento humano ao estimular as diferentes capacidades que as pessoas possuem (LEVAGGI, 2004). É condição básica do trabalho decente que ele possa ser realizado em condições de saúde e segurança

No Uruguai, os espaços de negociação coletiva, em particular as comissões bipartites de segurança e saúde no trabalho, têm sido locais ideais para o desenvolvimento de ações no local de trabalho que dignifiquem e promovam a saúde dos trabalhadores. As comissões mistas são regulamentadas pelo Decreto nº 291/007 de 13/08/007, que basicamente determina um espaço de cooperação em questões de saúde e segurança, estudo e acompanhamento de protocolos de atuação e medidas de segurança e higiene nos locais de trabalho, bem como como a promoção da

formação de trabalhadores e empregadores, entre outras tarefas (URUGUAY, 2007).

Os processos de capacitação são centrais para o desenvolvimento das políticas de saúde do trabalhador, pois são facilitadores da participação ativa do trabalhador, principalmente se concebidos como espaços de diálogo de saberes entre os saberes do “trabalhador” e os saberes “técnicos”.

Assim, chamar à participação ativa dos trabalhadores em articulação com os espaços acadêmicos é estratégico para enfrentar as novas ameaças à saúde do trabalhador decorrentes das transformações no mundo do trabalho.

SOFRIMENTO E TRABALHO DE TRABALHADORES DE PLATAFORMAS DIGITAIS

Em 2003, Lewkowicz, historiador argentino da subjetividade contemporânea, já alertava sobre as diferentes maneiras pelas quais a rua começava a ser habitada como espaço público. O referido autor considerava que se passava de uma lógica de cidadão para a de consumidor, na qual as casas se transformariam em uma espécie de oásis a partir do qual poderiam satisfazer todas as suas necessidades com apenas um clique do computador ou um telefonema (LEWKOWICZ, 2003). Recentemente, com a pandemia

de COVID-19, esses fenômenos se acentuaram devido à necessidade de distanciamento social.

Ao circular pelas ruas de diferentes partes do mundo, os entregadores, vestidos de amarelo, laranja, vermelho e verde costumam ser vistos e identificados, mas qual é a situação legal desses entregadores? São trabalhadores de porta em porta, diaristas, assalariados?

Em uma pesquisa exploratório-participante realizada em 2019 sobre o caso específico da subordinação de entregadores de aplicativos no Uruguai, Ubilla (2020) responde a algumas dessas questões e lança luz sobre às repercussões jurídicas, econômicas e sociais dos entregadores de várias empresas que estão presentes naquele país, evidenciando as condições precárias da atividade laboral, bem como a relação de dependência invisível.

Desde que a pandemia de Covid-19 foi decretada até hoje, o confinamento nunca foi obrigatório no Uruguai. Porém, na Argentina (KORINFELD, 2020), não só foi decretado o Isolamento Social Preventivo Obrigatório (ISPO), como também os serviços de entrega de atividades foram definidos pelas autoridades governamentais como uma das “atividades essenciais”, facilitando o acesso a serviços de correio, compra de medicamentos, alimentos, etc.

No âmbito desta atividade não existe uma gestão intermediada por humanos para tomar decisões, acompa-

nhar ou avaliar o desempenho do concessionário, mas o concessionário é contratado como um prestador de serviços em que as avaliações arbitrárias não levam em conta o “trabalho real” nem o “trabalho vivo”. Ou seja, não seria considerada a dimensão humana de quem encarna e interpreta aquele trabalho prescrito, todos os imprevistos que o entregador pode enfrentar, nem toda a inteligência que deve ser mobilizada para alcançar o objetivo visível e tangível de chegar no tempo estimado (*On Time-In Full*).

Os aplicativos (gestão por algoritmos) impõem sanções e bloqueios de forma discricionária, o que representa uma real ameaça psicológica para o entregador, desencadeando nele um grande sentimento de insegurança e incerteza, pois não tem acesso às avaliações dos clientes nem pode responder ou justificar situações inesperadas, problemas de trânsito, acidentes, etc., como se evidencia no relato apresentado a Korinfeld (2020, p. 102): “Não tem com quem conversar e quando consegui relatar que tive um acidente com a bicicleta, me perguntaram sobre a entrega”.

Apesar das precárias condições de trabalho, o fluxo de trabalhadores que recorrem a essas atividades não parou de crescer. Uma das razões pelas quais o número de entregadores cresce é que muitos deles realizam essa atividade após terem ficado desempregados e sem renda quando a atividade econômica presencial foi paralisada.

Se partirmos da hipótese de Dejours, que sustenta que em qualquer situação de trabalho o sofrimento precede sempre o prazer, pode-se perguntar: os entregadores das plataformas digitais têm possibilidades reais de dar ao sofrimento um destino criativo? Eles têm instâncias de cooperação extraordinária? (DUARTE, 2017) Nessas transformações na organização do trabalho, os gerentes intermediários são substituídos por um aplicativo? Quais são os impactos da ausência desses gerentes na saúde dos entregadores?

REFERÊNCIAS

ARAÚJO A. M. **Todos los tiempos el tiempo.** Trabajo, vida cotidiana e hipermodernidad. Montevideo: Psicolibros, 2013.

ARAÚJO, A. M. C. Tiempos acelerados y espacios nómades de la hipermodernidad. Reflexiones abiertas. In: **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 6, n. 2, p. 209-222. ISSN ISSN:1688-7026, 2016-2017.

BAUMAN, Z. **Modernidad Líquida.** México: Fondo de Cultura Económica, 2003.

BETANCOURT, O. Enfoque alternativo de la salud y seguridad en el trabajo. In: **IESS.** Prevención es desarrollo, v. 1, p. 3–16, 2007.

BREILH, J. **Nuevos conceptos y técnicas de investigación.** Guía Pedagógica para un taller de metodología. 2da. ed. Quito: Ediciones CEAS, 1995.

BREILH, J. **Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud.** Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar, p. 28–49, 2011.

CARTA DE BANGKOK PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN UN MUNDO GLOBALIZADO. In: **VI conferencia global sobre promoción de la salud**, Agosto 2005. Disponível em: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf Acesso em: 04/03/2021.

CASTEL, R. Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. In: **Revista Internacional de Sociología (RIS)**, v. 72, n. extra 1, p. 15-24, junio 2014.

DE BEN, S. et al. Sensibilidad química múltiple: un desafío para la salud ocupacional. In: **Revista Médica del Uruguay**, v. 30, n. 2, p. 123–127, 2014.

DE GAULEJAC, v. **La lutte des places**. [S.l.]. Desclée de Brouwer, 2014.

DEJOURS, C. . D. J. P. . R. E. .; S. n. H. **The return of work in critical theory: self, society, politics**. [S.l.]: Columbia University Press, v. 55, 2018.

DEJOURS, C. **Saúde Mental e Trabalho: Inclusão da problemática nas Políticas Públicas e nas Práticas Organizacionais**. **SRT - Universidade Nacional de Lanús – Departamento de Trabalho e Saúde, Buenos Aires, 11 fev. 2012a**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ttze20DFDX0&t=593s>. Acesso em: 05/05/2021

DEJOURS, C. **Trabajo vivo: sexualidad y trabajo**. Topía. ed. [S.l.]: [s.n.], 2012b.

DEJOURS, C. **Sufrimiento y trabajo: ¿cómo pensar acciones para su transformación?** Rosario, Argentina, maio 2013a.

DEJOURS, C. **Trabajo vivo: Trabajo y emancipación**. [S.l.]: Topía, 2013b.

DUARTE, A. **Défenses et résistance en psychodynamique du travail**. Doctoral dissertation, Sorbonne Paris Cité. ed. [S.l.], [s.n.], 2017.

- FEO ISTURIZ, O. La crisis y su impacto sobre la salud y el trabajo, Trabajo, crisis global y salud. In: **Memoria del 7º seminario Internacional**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2009.
- GARCÍA, J. C. **La categoría trabajo en la medicina**. [s.l.] Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 1988.
- GONI, M. E. A. v. 3. n. 1. Desgaste profesional y caracterización de las condiciones laborales de especialistas y posgraduados en Medicina Interna. In: **Revista Médica del Uruguay**, v. 31, n. 1, p. pp.39-45, 2015. ISSN 1688-0390.
- KOHEN, J. A. **Declaración del Observatorio Salud de Los Trabajadores Región del Gran Rosario**. Disponible em: <http://www.medicinaytrabajo.com.ar/index.php/publicaciones/156-declaracion-del-observatorio-salud-de-los-trabajadores-region-del-gran-rosario>. Acesso em: 21 Jul. 2021.
- KOHEN, J. A. **Salud y trabajo, Revista Soberanía Sanitaria**, 1 jul. 2017. Disponible em: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/salud-y-trabajo/>. Acesso em: 21 jul. 2021
- KORINFELD, S. Los Riesgos Psicosociales de los repartidores de plataformas digitales en la situación de pandemia. In: AL, J. C. n. In: **Pandemia y riesgos Psicosociales en el trabajo**. Una mirada interdisciplinaria y la experiencia sindical. Rosario: Homo Sapiens Ediciones, 2020, p. 99-107.
- LEVAGGI, v. ¿Qué es el trabajo decente? **Organización Internacional del Trabajo**, 2004.
- LEWKOWICZ, I. C. M. G. D. **Del fragmento a la situación**. Notas sobre la subjetividad contemporánea. [S.l.]: Altamira, 2003.
- MOLINIER, P. Trabajo y compasión en el mundo hospitalario. Una aproximación a través de la psicodinámica del trabajo. In: **Cuadernos de relaciones laborales**, v. 26(2), p. 121-138., 2008.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Estrés en el trabajo**: un reto colectivo. Organización Internacional del Trabajo, v. 1, n. 2, 2016.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **La prevención de las enfermedades profesionales**, OIT Ginebra, 2013.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Estrategia para el fortalecimiento de la promoción de la salud en los lugares de trabajo en América Latina y el Caribe**. [s.l: s.n.]. Disponível em: https://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf. Acesso em: 03/02/2020.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Prevención de las Enfermedades Profesionales**, Organización Panamericana de la Salud, mar. 2013. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/ft-prev-enfermedades-prof.pdf>. Acesso em: 03/02/2020.

PUCCI, F. **Aprendizaje organizacional para la gestión del riesgo**. Montevideo: OIT. Cinterfor, 2004.

RAMAZZINI, B.; BERMÚDEZ, A. M. **Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores**: traducción comentada de la obra "De morbis artificum diatriba" de Bernardino Ramazzini, s. XVIII. [s.l.] Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2012.

RASO DELGUE, J. A. A. M. T. F.; S. A. **Las transformaciones en el mundo del trabajo y los desafíos del movimiento sindical**. (No. 220 RAS). Montevideo: Universidad de la República (Uruguay), 2008.

RODRIGUEZ, C. A. Transformaciones en el mundo del trabajo en el contexto de la crisis global. In: **Memoria del 7º seminario Internacional**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2012. p. 37-38.

RODRÍGUEZ, C. **Foro social, económico y político**, [s.d.]. Disponível em: http://cemupro.com.ar/descargas/27carlos_a_rodriguez.pdf. Acesso em: 03/02/2020.

SEGURIDAD LABORAL – IMPO. [s.d.]. Disponível em: <https://www.impo.com.uy/seguridadlaboral/>. Acesso em: 21 Jul. 2021.

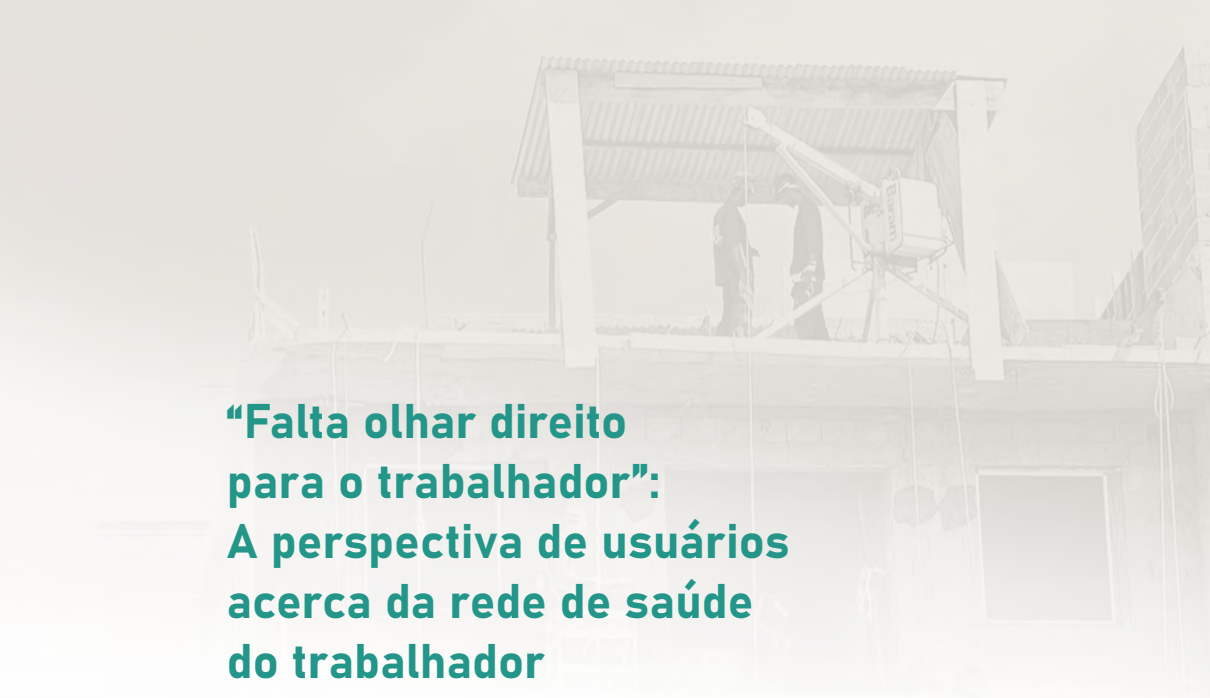
SUPIOT, A. La gouvernance par les nombres. [S.l.]: Fayard, 2015.

TOMASINA, F. Los problemas en el mundo del trabajo y su impacto en salud. Crisis financiera actual. In: **Revista de Salud Pública**, Bogota, p. 56-67, 2012. ISSN 14 sup (1).

TOMASINA, F. Trabajo precario, desocupación y salud. In: PSICOLOGÍA, F. D. In: **Psicología y Organización del Trabajo**. Montevideo: Psicolibros, 2002. p. 93-98.

UBILLA, G. Triangularidad de la economía compartida, las tecnologías 4.0 y los nuevos modelos de organización del trabajo. El Caso concreto de la Subordinación de los Repartidores de Aplicaciones en Uruguay. In: GOMES DE VASCONCELOS, A.; (COORD), C. R. In: **Anais I Congresso Internacional, Interinstitucional e Interdisciplinar de Estudiosos e Pesquisadores em Direito e Economia**. Napoles: La Città del Sole, 2020. p. 441-452.

URUGUAY. Decreto nº 291/007 de 13/08/007. 2007. Disponível em <https://www.impo.com.uy/seguridadlaboral/>. Acesso em 06/04/2022.



“Falta olhar direito para o trabalhador”: A perspectiva de usuários acerca da rede de saúde do trabalhador

-
- » Poliana Dantas da Nóbrega
 - » Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo
 - » Maiully Bernardo Mendonça

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa buscou analisar a rede de saúde do trabalhador a partir da perspectiva do usuário da política, o próprio trabalhador. Identificou-se a necessidade de compreender como a política de saúde do trabalhador tem se dado na Paraíba, em específico na cidade de Campina Grande, que

atende diversas demandas de trabalhadores, sendo pólo regional em saúde do trabalhador para diversos municípios.

De acordo com Leão e Castro (2013) a saúde do trabalhador, como campo de pesquisa interdisciplinar que comporta diversas perspectivas de análises das relações saúde/trabalho, suscita grande interesse, porém o estudo objetivo da RENAST ainda não mobiliza muitos pesquisadores. Os autores pontuam que tais estudos podem oferecer um conjunto de elementos fundamentais para a avaliação da organização e funcionamento da rede de saúde do trabalhador como uma estratégia nacional.

Com o intuito de realizar um levantamento bibliográfico em torno da temática, procedeu-se a uma pesquisa na base de dados SCIELO – Scientific Eletronic Library Online (www.scielo.br). Para isso, foram utilizados os descritores: “Saúde do trabalhador”, “Renast” e “Cerest”. Na pesquisa foram encontrados 39 artigos publicados no período de 10 anos.

Após esse trabalho exploratório inicial, foi realizado mais um refinamento dos dados obtidos a partir de uma leitura atenta dos títulos e resumos de cada artigo encontrado, eliminando os que não tivessem relação com a temática, os que se repetiam, e os que não fossem relevantes para o problema da pesquisa. Após realizado o refinamento, 26 artigos foram analisados, atendendo aos critérios propostos. Contudo, percebeu-se que a maioria dos estudos foram re-

alizados na região Sudeste e Sul. Apenas três estudos foram realizados no Nordeste, especificamente no Estado da Bahia.

Os estudos analisados pontuam sobre a rede de saúde do trabalhador problematizando questões relevantes acerca da temática, problematizam o campo da saúde do trabalhador sob a perspectiva de profissionais da área e gestores. Ao passo que, neste estudo, objetivou-se analisar a rede sob a perspectiva do próprio trabalhador, usuário da política. Santos e Lacaz (2011); Minayo Gomes, Machado e Pena (2011); Vasconcellos (2013); Dias e Silva (2013); Machado *et al.* (2013); Cardoso e De Araújo (2016); Jacques *et al.* (2012) são autores importantes para a área, elucidando o panorama dos serviços da RENAST, propondo discussões sob a perspectiva de profissionais e gestores, além de propor instrumentos para avaliação da rede de saúde do trabalhador.

Fundamentação Teórica

Os primeiros movimentos sociais em prol da saúde dos trabalhadores tiveram início a partir da década de 1970, sendo estes essenciais na defesa de propostas que buscassem uma nova política nacional de saúde. Essa nova proposta buscava, sobretudo, a saúde para todos os trabalhadores. Até então, de acordo com Santos (2013) o que existiam eram

ações restritas nos chamados Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que garantiam a saúde apenas a trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho.

Após as manifestações dos anos 90, a saúde do trabalhador passou a tornar-se um direito constitucional e universal, expresso no Art. 200 da Constituição Federal. A lei passa a estabelecer como competências do Sistema Único de Saúde, a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como ações de ST em todos os níveis, citando também a proteção ao meio ambiente. Esta determinação foi firmada na Lei Orgânica da Saúde no Art. 6º, que define a Saúde do Trabalhador como integrante do campo de atuação do SUS e regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1990).

Influenciada pelo movimento da reforma sanitária italiana, de inspiração operária e moldada nos pilares da medicina social latino-americana, a expressão Saúde do Trabalhador (ST), segundo Vasconcellos (2007) foi, então, ganhando contornos de campo de conhecimentos e de intervenção ligados aos determinantes do processo saúde-doença. Segundo o autor, nesse campo é possível analisar os processos produtivos e suas implicações sociais diretas e indiretas para os trabalhadores, suas vidas e suas famílias.

Nesse sentido, a saúde do trabalhador pode ser caracterizada como uma área da saúde pública que pode ser

caracterizada como um campo de conhecimentos e práticas que tem por objetivo o estudo, a análise e a intervenção nas relações entre trabalho e saúde-doença, mediante propostas programáticas desenvolvidas na rede de serviços de saúde pública, buscando conhecer (e intervir) nessas relações entre trabalho e saúde (LACAZ, 1996, 2007).

O desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador (ST) na rede pública de serviços de saúde, em sua primeira fase, era predominantemente assistencial com foco no tratamento de agravos (SANTANA; Da SILVA, 2008). Após a consolidação do SUS e da consideração das relações produção-consumo, ambiente e saúde como determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, foi possível evidenciar que o processo de adoecimento não é responsabilidade exclusiva do trabalhador, mas dos modelos de desenvolvimento e/ou processos produtivos.

Pensando nisso, o Ministério da saúde, através da Portaria nº 1.679/2002, criou a RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, com o objetivo de estruturar e proteger a saúde dos trabalhadores. Essa rede foi estruturada e fortalecida pelo Ministério da saúde com a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) tanto regionais como estaduais, através da Portaria Ministerial nº 2.437/2005. Tais unidades especializadas devem planejar e elaborar ações no âmbito da Saúde do

Trabalhador, além de capacitar a rede SUS e desenvolver pesquisas no campo (BRASIL, 2002, 2005).

Contudo, as políticas públicas de saúde do trabalhador não devem restringir-se aos CERESTs, devendo ocorrer nos mais diversos serviços do SUS, tais como Unidades de Atenção Básica (UBS), Ambulatórios de especialidades, CAPS, Hospitais gerais, Serviços de Urgência e Emergência e serviços de vigilância em saúde (CFP, 2008). Devido à abrangência de seu campo de ação, apresenta caráter intrasetorial (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e intersetorial (envolvendo a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem interdisciplinar.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo onze trabalhadores acolhidos pelos serviços CERAST (Centro de Reabilitação de Saúde do Trabalhador) e CEREST (Centro de Referência em Saúde do trabalhador) por razão de algum adoecimento provocado pelo trabalho.

O primeiro serviço é pioneiro no país e objetiva atender as demandas de trabalhadores acometidos por acidentes e doenças. O serviço oferece assistência aos trabalhadores desde 2016, proporcionando serviços de medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, e serviço social.

O segundo serviço está localizado em Campina Grande, e está em funcionamento desde 2004. Busca desenvolver ações de saúde, com ênfase na vigilância, visando a redução de doenças e agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, bem como minimizar os agravos da saúde provocados por acidentes nos ambientes de trabalho.

Os critérios de inclusão para a participação da pesquisa foram: estar passando ou ter passado por algum tipo de adoecimento, e ser usuário da rede de saúde do trabalhador. Para preservar o anonimato dos voluntários, no decorrer do texto, as suas falas foram identificadas pela letra “P” seguida por um algarismo arábico que variou de 1 a 11.

A amostra da pesquisa foi não probabilística, sendo os trabalhadores selecionados por conveniência, com base nas indicações dos profissionais do CERAST e do CEREST.

Técnicas e Instrumentos

A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, a partir da utilização do

TCLE e de um roteiro cujas questões tinham por finalidade identificar a trajetória percorrida pelo usuário na rede de saúde do trabalhador e analisar a percepção desses usuários sobre a relação entre o trabalho, saúde e doença. Para isso, foram utilizados blocos de anotação, canetas esferográficas, e um gravador de celular. Na ocasião, foram respeitadas todas as etapas relativas aos procedimentos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos, conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Procedimentos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética (CEP), da Universidade Estadual da Paraíba, sob o Protocolo CAEE 4578917.3.0000.5187. Após autorização, os trabalhadores foram contactados e as entrevistas foram realizadas em uma sala disponibilizada pela coordenação do serviço. Inicialmente, foi feito um levantamento com os profissionais para conhecer quais os dias haveria maior demanda de usuários e se havia algum grupo de trabalhador no serviço. Constatado que não havia nenhum grupo de trabalhadores, optou-se pela realização de entrevistas individuais. Em todas as entrevistas foi solicitada a autorização para realizar a gravação em áudio e a transcrição das respostas dos participantes e a leitura do TCLE. De forma que, todos os entrevistados foram informados de que a participação

na pesquisa seria voluntária, e que seria preservado o anonimato e o sigilo das informações colhidas.

Análise de dados

As entrevistas foram analisadas a partir da análise de conteúdo temática (MINAYO, 2008), e do método de pesquisa qualitativa. As etapas para a realização da análise temática versaram sobre a leitura das entrevistas e a constituição do corpus, exploração do material a fim de alcançar o núcleo de compreensão do texto, redução do texto às palavras e expressões consideradas mais significativas no corpus, e tratamento dos resultados obtidos a partir da interpretação inter-relacionando com o quadro teórico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes entrevistados

O questionário sócio demográfico foi respondido por 11 participantes, sendo quatro usuários do CEREST e sete usuários do CERAST. Quanto aos dados sociodemográficos, sete participantes eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com idades entre 25 a 54 anos, sendo a média de idade de 37 anos, cinco eram casados, quatro solteiros, um divorciado e um viúvo.

No tocante às rendas mensais, sete participantes declararam ganhar até um salário mínimo e quatro participantes até dois salários mínimos. Sobre a escolaridade dos participantes, quatro pessoas tinham o grau de ensino médio incompleto, duas possuíam o grau de ensino médio completo, duas haviam concluído o ensino fundamental, uma havia concluído curso técnico e duas possuíam o ensino superior incompleto.

Verificou-se que a média do tempo de trabalho dos participantes desta pesquisa foi de 1 ano e meio a 26 anos. Os tipos de ocupação e os diagnósticos dos trabalhadores entrevistados estão descritos na tabela 1:

Tabela 1 - Caracterização dos entrevistados

Ocupações	Primeiros serviços buscados	Diagnósticos
Atendente em Loja de departamento	Hospital Geral	Ansiedade, Depressão, TOC
Embalador	Hospital Geral	LER/DORT
Auxiliar de Almoxarifado	Hospital Geral	Dor na coluna
Operadora de caixa de supermercado	Serviço de Urgência e Emergência – UPA	Hérnia de disco na coluna
Operador de máquina	Hospital Geral	LER/DORT

Carpinteiro	Serviço de Urgência e Emergência – SAMUContinua	Acidente na Obra
Eletricista	Outro (Polícia)	Acidente (Vítima de 8 tiros ao sair do trabalho)
Vendedora	Unidade Básica de Saúde	LER/DORT
Pedreiro (Construção Civil)	Serviço de Urgência e Emergência – Hospital de Trauma	Acidente de Trajeto
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Serviço de Urgência e Emergência – SAMU	AVC
Comerciante	Serviço de Urgência e Emergência – Hospital de Trauma	AVC

A partir da Tabela 1, é possível observar também que os primeiros serviços que os trabalhadores buscaram para atender a demanda de adoecimento provocado pelo trabalho foram: o Hospital Geral, o Serviço de Urgência e Emergência, a Unidade Básica de Saúde, e Outro - Polícia.

As entrevistas com os onze trabalhadores assinalaram que o Hospital Geral e o Serviço de Urgência são os serviços que os trabalhadores acessam de imediato. Observa-se, então, a necessidade dos profissionais dessa área conhecerem os objetivos dos centros de referência, para que seja possível um encaminhamento adequado ao trabalhador que chega adoecido.

Os serviços de urgência e emergência, por sua vez, recebem casos graves de acidentes e intoxicações agudas, sendo fundamental a capacitação em ST para estes profissionais. De acordo com Dias e Ribeiro (2011) estes serviços devem estar preparados para reconhecer o usuário enquanto trabalhador e prestar assistência de qualidade ao acidentado ou intoxicado, informando-o sobre a RENAST.

Sabe-se a atenção integral à saúde do trabalhador deve ser organizada incluindo ações em serviços de atenção primária, secundária e terciária. Tais serviços devem realizar diagnóstico, identificação denexo causal, tratamento, recuperação e reabilitação, bem como a vigilância de ambientes de trabalho e prevenção de riscos (SILVA; BARRETO JÚNIOR e SANT'ANA, 2003).

Porém, de acordo com as entrevistas, a maioria dos trabalhadores, só acessam a rede de serviços quando estão acometidas pelo adoecimento, ou seja, quando necessitam de tratamento/reabilitação, por isso os serviços que realizam o primeiro atendimento são os de urgência e emergência. De forma que, a partir da Tabela 2 é possível perceber que geralmente a trajetória desses trabalhadores tem por finalidade alcançar serviços de previdência social e de saúde do trabalhador.

Conforme apresenta a Tabela 2, nove entre onze participantes passaram pelo INSS, apenas três não passaram

por hospitais, três pessoas passaram pelo CEREST, nove passaram pelo CERAST, e somente um passou por sindicatos. Como já mencionado, a maior parte dos participantes começou a sua trajetória em serviços de saúde, e concluiu em serviços de previdência social e/ou de saúde do trabalhador. Nota-se que a maioria das trajetórias evidenciam o acesso aos serviços assistenciais individuais e das consultas médicas. Além disso, os serviços parecem ser acessados de modo fragmentado, havendo pouca articulação, assim como discutem outros estudos realizados no nordeste do país (MENDONÇA; MÁXIMO, 2017; NÓBREGA, 2018).

“Falta olhar direito para o trabalhador”. A perspectiva de usuários acerca da rede de saúde do trabalhador

Tabela 2 - Quadro resumo das trajetórias dos trabalhadores entrevistados

Participantes	Trajetória					
	1°	2°	3°	4°	5°	6°
P1	Hospitais	Sindicatos	CEREST	INSS	Serviço Médico Particular (Psiquiatra e Psicólogo)	
P2	Atendimento com médico na empresa	Hospitais	INSS	CEREST		
P3	Hospitais	CEREST	INSS	Fisioterapia CERAST		
P4	UPA	Clínica Particular	INSS	Fisioterapia CERAST		
P5	Hospital	CERAST	INSS			
P6	SAMU	Hospital de Trauma	CERAST	INSS		

"Falta olhar direito para o trabalhador": A perspectiva de usuários acerca da rede de saúde do trabalhador

P7	Polícia	Hospitais de reabilitação	Instituto dos cegos	AACD	INSS	CERAST
P8	Unidade Básica de Saúde	CERAST				
P9	Hospital de Trauma	INSS	CERAST			
P10	UPA	CERAST	NASF	Programa Melhor em Casa	CRAS	
P11	Hospital	INSS	AACD	CERAST		

1) Conhecimento do trabalhador sobre a rede de atenção

No tocante à compreensão que os trabalhadores apresentam acerca da rede de saúde do trabalhador, percebe-se que a maioria pouco conhece RENAST. Segue a fala do trabalhador:

“Na minha opinião cada instituição é separado, cada órgão é cada órgão. Eu já precisei do INSS, já precisei daqui do CERAST (...) Precisei de muito exame em médicos particulares, gastar por conta própria. Na minha empresa não tem médico, eles não encaminham ninguém lá não.” (P3).

Essa fala “cada órgão é separado” faz pensar que não há ideia de rede e comunicação. O papel do CEREST de acordo com Leão e Castro (2013) deveria ser justamente o de articular as áreas do SUS e cooperar com diversos órgãos do governo e da sociedade civil interessados e responsáveis pelas relações de saúde-trabalho. Porém, isso não é percebido na fala dos trabalhadores. Seguem outros trechos:

“A rede eu entendo que é todos os serviços que passei.” (P7).

“Essa rede sei que existem alguns serviços que compõem, no meu caso eu precisei daqui do CERAST, do Nasf da minha cidade, e aí eu precisei desde fisioterapia, a psicologia, serviço social, fono, tudo para atender minha demanda. Por eu trabalhar como ACS ajudou eu conhecer um pouco do SUS. Mas até o

CRAS precisei, pois eles doam cesta básica para mim e isso me ajuda muito.” (P10).

“A rede de ST eu consigo visualizar como uma equipe, como vários serviços... mas preciso de muita ajuda psicológica, como não tem no CEREST, eu preciso pagar.” (P1).

Os pontos a destacarem-se nessas falas são a pouca compreensão do que seria a rede de saúde do trabalhador, assim como a defasagem de profissionais da área de saúde mental no CEREST e na rede de forma mais ampliada o que impossibilita o atendimento às demandas de sofrimento psíquico por parte dos trabalhadores adoecidos, como apontado pela participante 1. Alguns trabalhadores entrevistados colocam que precisaram de atendimentos com serviços médicos particulares, pois não conseguiram na rede pública.

Os demais participantes responderem que não tem nenhum conhecimento da RENAST, colocando apenas os serviços que passaram para atender sua demanda de saúde do trabalhador:

“Não conheço a rede, apenas precisei do CEREST e INSS.” (P2).

“Entendo pouco. Eu faço fisioterapia no CERAST, acho que faz parte dessa rede, mas entendo pouco.” (P4).

“Não entendo o que é a rede de saúde.” (P6).

Leão e Vasconcellos (2011) afirmam que a articulação entre os órgãos da RENAST deve se dar a partir de uma ideia de serviços complementando uns aos outros. Não se trata de ter uma rede, mas de funcionar em rede, de modo articulado. Os autores também pontuam que a ausência de uma concepção de integralidade, a ausência de mecanismos mais sólidos e compulsórios de articulação e comunicação, além da ênfase desproporcional em uma das partes da atenção (assistencialismo) são alguns dos pontos de crise da rede de saúde do trabalhador.

2) Trajetória dos trabalhadores na rede local

Quanto à trajetória dos trabalhadores na rede (ver Tabela 2), pode-se observar que eles buscam predominantemente serviços de saúde e previdência social para atenderem suas demandas. Observa-se a partir dos dados que os trabalhadores só chegam de fato à rede quando já estão adoecidos e necessitando de afastamento pela via do INSS. Ou seja, a rede não tem sido efetiva na prevenção e promoção em saúde do trabalhador (VASCONCELLOS, 2007). Além destes, os serviços da assistência social também foram citadas por dois participantes. Seguem algumas trajetórias:

“Fui várias vezes ao hospital quando tinha minhas crises, saía da loja direto para o hospital (...) Também fui ao sindicato e eu percebi que eles tinham uma força muito grande (...) Fui ao INSS... o profissional que me

periciou me escutou, ele olhou pra mim... Diferente do médico que ia no meu trabalho. Ele ia uma vez por ano lá na loja (...) Quem indicou o CEREST foi um médico particular, aqui eu tive contato com a assistente social que me assistiu muito de perto... Desde a recepcionista até o jurídico... com os advogados daqui né... da assistente social... do médico do trabalho daqui... que a área dele não era psiquiatra, é ortopedia, mas ele me ouviu.. E o nexo eu consegui com a psiquiatra particular.” (P1).

Na fala acima pode-se perceber que o primeiro serviço buscado foi o hospital geral, além disso, a usuário afirma que buscou o centro a partir da indicação do serviço médico particular, esse dado corrobora com o estudo I, no tocante a quantidade de encaminhamentos advindos desse setor. A trabalhadora também enfatiza o bom atendimento recebido no serviço CEREST, mostrando-se sentir acolhida e ouvida, desde a recepção até os atendimentos individuais.

Já na trajetória a seguir ficam evidenciadas as idas e vindas aos serviços de saúde e previdência:

“Primeiro eu fui no hospital, eu ia atrás de atestado, passava uns dias em casa pra ver se melhorava. Tomava os remédios... fazia a fisioterapia pra ficar normal. Depois voltava pro trabalho e as dores voltavam. Daí voltava pro hospital. Outro serviço foi o INSS pra conseguir o benefício (...) Aqui no CEREST, eu tive orientação dos profissionais e agora tenho que ir atrás de fisioterapia pra melhorar.” (P2).

Essa trajetória aponta que os serviços resumiam-se a ações paliativos, nenhum momento a trabalhadora diz que foi feito onexo do trabalho com o adoecimento. Esse fato também é evidenciado nas falas de outros trabalhadores, pontuando que no serviço acessado não foi perguntado nada relacionado ao trabalho. Segundo eles:

“O primeiro atendimento foi no hospital mesmo. Mas o médico não perguntou nada do meu trabalho, eu que disse. Expliquei a situação, muita dor na coluna. Se fosse por ele, ele só ia dizer faça isso e pronto. Eles olham você ali... automaticamente...faça esse exame e não perguntam mais nada pra pessoa. A maioria hoje em dia é assim.”(P3).

“Pelo o que lembro o médico perguntou se eu tinha caído, eu falei que não (...) Na verdade minha coluna não aguentava mais de tanto esforço(...) Eu ficava uns dias afastada de atestado e depois voltava a trabalhar.” (P4).

Pode-se observar com base nessas falas que o trabalho enquanto determinante nos processos de saúde e doença ainda segue sendo uma questão negligenciada por alguns serviços. Nas trajetórias aqui elucidadas, os trabalhadores afirmam que os profissionais que realizaram o atendimento não perguntaram em momento algum sobre o trabalho, nem fizeram a relação do adoecimento com este. Sabe-se que o acolhimento e o atendimento nos serviços

da saúde são oportunidades para reconhecer o usuário enquanto trabalhador (DIAS; SILVA, 2013).

Quanto à estratégia da atenção básica de saúde com o foco na promoção à saúde do trabalhador, apenas o participante 8 citou o acesso ao serviço de atenção básica em sua trajetória na rede: “O primeiro serviço que busquei foi o posto de saúde, porque era perto da minha casa. Depois que percebi que estava adoecendo procurei o CERAST e estou fazendo a fisioterapia.” (P8).

Com relação às ações em vigilância, as trajetórias aqui descritas apontam que apenas a participante 1 citou alguma intervenção recebida no ambiente de trabalho. Tal intervenção objetivava apenas um rápido atendimento médico, segundo a trabalhadora: “O médico do trabalho ia uma vez por ano lá na loja, nem tocava, nem perguntava seu nome e ficava escrevendo no papel... mal tirava a pressão... mal olhava desvio de coluna, tudo era na boca... (P1).

Ao analisar as trajetórias dos participantes percebe-se que o enfoque sobre a assistência à saúde dos trabalhadores ainda constitui o foco das ações. Os serviços continuam a se estruturar com equipamentos de fisioterapia e terapia ocupacional (SANTOS; LACAZ, 2011). Tal modelo de intervenção mostra-se ineficaz, pois não consegue dar conta de aspectos subjetivos dos processos de adoecimento provocado pelo trabalho.

3) Dificuldades para acessar os serviços

Esse tópico evidencia as principais dificuldades encontradas pelos trabalhadores nesse percurso, os usuários citaram diferentes problemas, a saber:

“Se dependesse da empresa eu ainda estaria lá, doente. Eles não ajudam em nada.” (P3).

Nas falas acima ficam evidentes a pouca assistência médica da empresa, fato também elucidado no estudo I, ao apontar a pouca participação das organizações nos encaminhamentos de trabalhadores adoecidos. Além disso, a “falta do olhar” para o trabalhador, como também expresso nas falas a seguir: “Falta olhar direito pro trabalhador” (P3); “Os profissionais deveriam prestar mais atenção ao paciente (P4)”.

A produção de um cuidado de saúde que escuta, olha e dá voz ao trabalhador ainda é um desafio para os serviços. O que se vê nos serviços é a falta do olhar para as singularidades e a pouca escuta da história de vida e de trabalho desses usuários. Nesse sentido, a falta de humanização de alguns profissionais dos serviços de saúde e previdência social são outras dificuldades expostas:

“Eu encontrei dificuldade no agir profissional, pois eu enquanto ACS sempre tratei bem meus pacientes. A gente espera ter um tratamento igual. Mas na minha cidade, eu vi profissionais não terem o básico que é a humanização.” (P10).

No que concerne à falta de humanização nos serviços, sabe-se que existe uma política nacional de humanização inscrita em documentos e instrumentos formativos para que os processos de trabalho sejam compatíveis com os preceitos de universalidade, equidade e eficiência. Todavia, apesar de tais documentos fomentarem as discussões sobre os processos de saúde, não há garantias para um cuidado efetivo. Nesse sentido, os usuários estão à mercê de enfrentarem um atendimento despersonalizado em alguns momentos, mesmo sabendo que a saúde é um direito de todos, assegurado pela Constituição Brasileira.

Outras dificuldades apontadas pelos trabalhadores dizem respeito a dificuldade no tempo de espera dos atendimentos, principalmente no serviço de previdência social. Seguem as falas:

“Era pra ser mais rápido os atendimentos. Na perícia do INSS eu acho que deveria perguntar mais coisas...e não só o que tá vendo ali. Nem pergunta como a pessoa tá, assim outras perguntas. E tem muitas pessoas que saem de lá com raiva, porque tem uns que não olham nem pra cara da pessoa. ‘Você tá bom de trabalhar... Esse tempo todinho’ eles falam isso! Mas não sabe o que tá passando (...) Poderia melhorar a espera e os profissionais do INSS era pra prestar mais atenção ao paciente.” (P4).

“Lá no INSS tive que esperar um pouco. Demora um tempo esperando pra ser atendido.” (P3).

“A dificuldade foi a demora em marcar exames, por isso muitos vão fazer no particular.” (P8).

O atendimento prestado pela previdência social é objeto de crescentes reclamações por parte dos usuários que buscavam o reconhecimento dos seus direitos. Os protestos dos cidadãos referem-se comumente à demora no atendimento, na resolução dos problemas e na inadequação das instalações (BRASIL, 2009). Para redução de filas e melhoria do atendimento, o ministério busca esforços através da tecnologia de agendamento eletrônico. Segundo Brasil (2009) um dos focos do ministério da previdência é o combate a lentidão dos atendimentos, criando para isso o “Programa de Combate às Filas”. Todavia, apesar de tais esforços, alguns trabalhadores ainda apontam a longa espera na assistência da previdência.

Alguns participantes também apontaram dificuldades de acessibilidade física e financeira. Física porque a rede atual não conta com instalações de acessibilidade que garanta ao trabalhador ambientes mais seguros e acessíveis. E financeira porque muitos trabalhadores precisam recorrer ao serviço de saúde privado para realizar exames, precisam de dinheiro para se deslocar de um serviço o outro, além de lidar com a queda de salário em razão do afastamento do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos inúmeros obtidos obtidas no campo da ST, observa-se ainda a necessidade de uma rede mais integral e acolhedora. Por isso, a fala de uma participante: “Falta olhar direito pro trabalhador” deu origem ao título deste capítulo. As trajetórias na rede ainda apontam para o predomínio de ações individualistas e normatizantes, que visam, sobretudo, fazer com que o trabalhador volte para a sua ocupação.

A pouca assistência médica na empresa, a falta de humanização de profissionais, a questão financeira para pagamento de exames, o tempo de espera nos atendimentos e a pouca acessibilidade em casos de deficiência são algumas das inúmeras dificuldades nesses trajetos. Demonstra-se que existem barreiras para um atendimento integral, cabendo assim, mecanismos que possam solucionar tais barreiras.

Em decorrência disso, percebeu-se que os participantes ainda possuem uma compreensão limitada sobre a Renast, conseqüentemente, só procuram por serviços de saúde do trabalhador quando já estão adoecidos ou gravemente acidentados. A pouca efetivação das ações de prevenção aos agravos decorrentes do trabalho é uma deficiência no âmbito da saúde do trabalhador, assim como na saúde pública em geral, que, apesar de contar com uma

política de prevenção em todos os municípios brasileiros, ainda não superou o modelo biomédico.

Diante desse cenário, almejou-se contribuir para a problematização da visão do trabalhador acerca da rede, buscando auxiliar em um diagnóstico da execução da política no nível de abrangência desse estudo. Espera-se também que seja possível uma reflexão acerca da importância de uma rede bem articulada, que possa oferecer um cuidado integral e trajetórias com percursos exitosos, almejando uma melhoria na qualidade da assistência a todos os usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial da União**, 1990.

BRASIL. Ministério da saúde. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador Manual de Gestão e Gerenciamento. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualRenast06.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Previdência Social: Reflexões e Desafios. Coleção Previdência Social, Série Estudos; v. 30, 1 ed, Brasília, 2009. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_100202-164641-248.pdf. Acesso em: 27 jul. 2019.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS. **Ministério da Saúde**, 2002.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.437, de 07 de 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 e dá outras providências. **Ministério da Saúde**, 2005.

CARDOSO, Mariana de Castro Brandão; DE ARAÚJO, Tânia Maria. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, p. 1-14, 2016.

CATTANI, Antônio David; HOLZMANN, Lorena. **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Editora da UFRGS, 2011.

CFP, Conselho Federal de Psicologia. Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do(a) psicólogo(a). Brasília, 2008. Disponível em: http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/saude_do_trabalhador_COMPLETO.pdf. Acesso em: 27 jul. 2019.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elizabeth. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, p. 119-145, 1994.

DE SOUZA MINAYO, María C. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 2008.

DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda. Possibilidades e desafios para a atenção integral à saúde dos trabalhadores na Atenção Primária. **Dias EC, organizador. Saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte: Coopmed, p. 21-42, 2013.

DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. E. n. Construindo ações de Saúde do Trabalhador no âmbito das superintendências e gerências regionais

de saúde. **Belo Horizonte: Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais**, 2011.

JACQUES, Camila Corrêa; MILANEZ, Bruno; MATTOS, Rita de Cássia Oliveira da Costa. Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde Indicators for Occupational Health Reference Centers: proposal of a system for monitoring health services. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 369-378, 2012.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro et al. Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia dos serviços e do movimento sindical. 1996.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 757-766, 2007.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; CASTRO, Alexandre de Carvalho. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 769-778, 2013.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 20, n. 1, p. 85-100, 2011.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet et al. Situação da rede nacional de atenção integral em saúde do trabalhador (RENAST) no Brasil, 2008-2009. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 128, p. 243-256, 2013.

MENDONÇA, Maiully Bernardo; MÁXIMO, Thaís Augusta Cunha Oliveira. Mapeamento dos casos de trabalhadores atendidos no CEREST. 2018. Relatório Final Iniciação Científica - Pró-Reitoria de Pesquisa, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

MINAYO GOMES, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira

contemporânea. In: **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. 2011.

NEVES, Robson da Fonseca; NUNES, Mônica de Oliveira. Incapacidade, cotidiano e subjetividade: a narrativa de trabalhadores com LER/DORT. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 55-66, 2009.

NÓBREGA, P. D. da. A rede de saúde do trabalhador sob a perspectiva do usuário: Análise das trajetórias e das implicações do adoecimento para o trabalhador. 2018. 118f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde - PPGPS) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2018.

NORA, Carlise Rigon Dalla; JUNGES, Jose Roque. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 1186-1200, 2013.

SANTANA, Vilma Sousa; DA SILVA, Jandira Maciel. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. **Saúde Brasil**, 2008, p. 175.

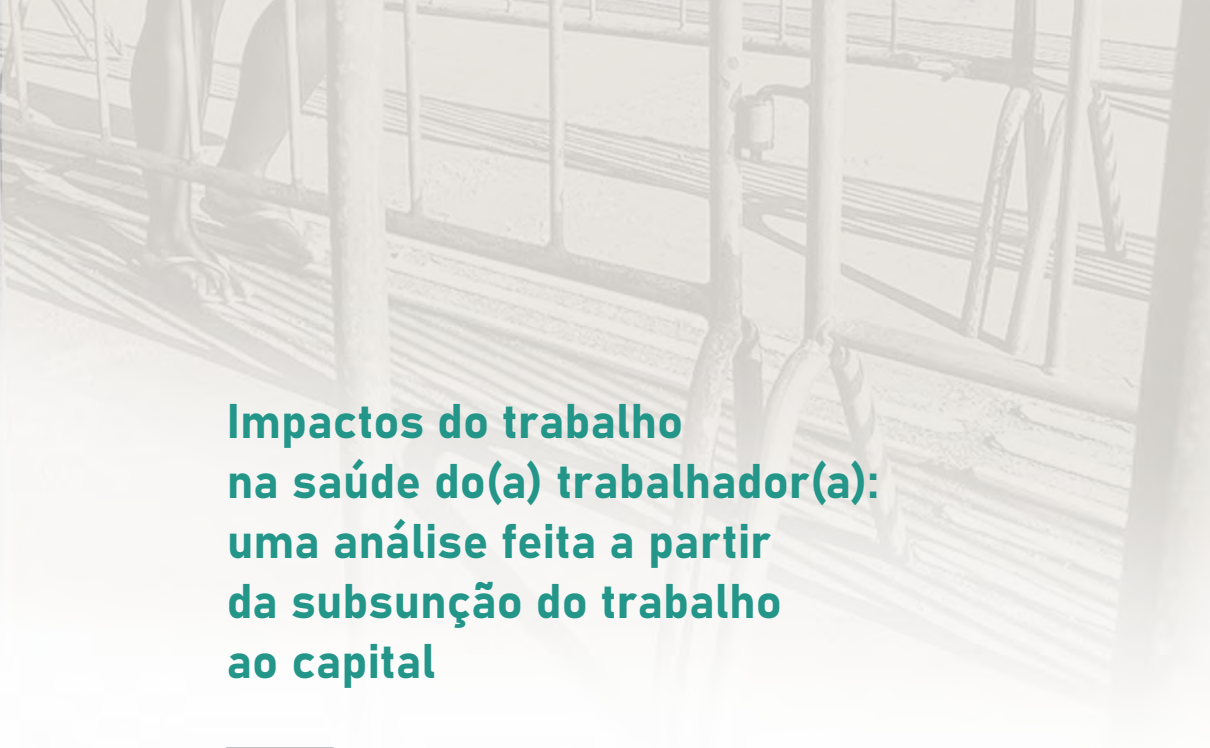
SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Revista Katálysis**, v. 16, n. 2, p. 233-240, 2013.

SANTOS, Ana Paula Lopes dos; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In: **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. 2011. p. 87-105.

SILVA, Zilda Pereira da; BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco; SANT'ANA, Maria do Carmo. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 47-57, 2003.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de et al. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado**. 2007. Tese de Doutorado.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos F; MACHADO, Jorge Huet. O processo de construção das ações de saúde do trabalhador na atenção básica. In: **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. 2013.



Impactos do trabalho na saúde do(a) trabalhador(a): uma análise feita a partir da subsunção do trabalho ao capital

» Joacil Venâncio da Silva

» Luciana Batista de Oliveira Cantalice

INTRODUÇÃO

O presente texto tem como objetivo problematizar a centralidade do trabalho na vida cotidiana dos indivíduos e como a subsunção deste ao capital se conecta as múltiplas expressões da “questão social” e, em especial, no que se refere à saúde dos/as trabalhadores/as. E, nessa seara, apontar alguns direcionamentos acerca da Saúde do(a) Trabalhador(a) como categoria teórica e política pública.

Para compor esse trajeto, lançamos mão de uma gama de autores que pesquisam sobre o trabalho e, especificamente, sobre o trabalho sob o julgo do capital. A partir dessa captação de ideias, passamos a verificar como se dão as confluências entre trabalho e saúde.

Algumas categorias são necessárias serem apresentadas nesse estudo, posto que, para entender como o trabalho é vivenciado na atualidade, precisamos demonstrar como se configura esse fazer laboral e quais as novas conformações existentes no mundo do trabalho. Sendo assim, por meio da leitura de bibliografia expressiva no tocante ao tema, entender como se relacionam duas categorias que são essenciais para a problematização da “questão social”: trabalho/saúde dos/as trabalhadores. Complementarão de forma subsidiária o debate sobre a flexibilização do trabalho; suas novas articulações e conformações; a instabilidade dos postos de trabalho; a agudização do aumento da força de trabalho excedente; e o aumento da exploração.

O despertar para essa temática surge a partir do estudo que compõe o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) na área do Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba em 2015. Nesse momento, avaliaram-se as principais características dos/as trabalhadores atendidos no Campo de Estágio

Supervisionado, lotado no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) do município de João Pessoa-PB.

Posto isso, partimos do pressuposto de que há uma centralidade do trabalho no adoecer dos/as trabalhadores/as e que a saúde destes necessita de políticas públicas de proteção social que incidam sobre a prevenção dos riscos à saúde e sobre a qualidade de vida e de trabalho desses sujeitos.

O TRABALHO COMO CATEGORIA CENTRAL

Considerando as elaborações no interior da tradição marxista, o trabalho, apresentado como elemento essencial para a emancipação humana e para o processo de desenvolvimento sócio-histórico que garante a ultrapassagem do ser natural à constituição do ser social, só pôde ser constituído a partir da interação homem-natureza, sendo esta modificada para satisfação das necessidades humanas por meio do trabalho.

Para Lessa (2007), tal ser social se particulariza pela transformação do que há em sua volta, ou seja, da natureza, por meio de uma ação consciente e orientada à satisfação das necessidades de sobrevivência e, posteriormente, aquelas socialmente construídas. Dando assim, início a uma atividade que tem em sua constituição primeira uma atuação que foi predefinida no âmbito do pensamento, e

posteriormente, transmutada em objetividade, ou seja, sua materialidade passa pelo que Lukács (*apud* LESSA, 2007) chamou de prévia-ideação – embora seja preciso que se ressalte que o ponto de partida efetivo é a materialidade. Em suas palavras: “[...] pela prévia-ideação, as consequências da ação são antevistas na consciência, de tal maneira que o resultado é idealizado (ou seja, projetado na consciência) antes que seja construído na prática.” (LESSA, 2007. p.37).

A particularidade também apreendida na relação entre homem-natureza se verifica na sua apropriação dos meios que o cerca, não sendo uma atividade desordenada, ou mesmo aquela que se estabelece naturalmente, pelo contrário, é uma atividade que se diferencia da atividade dos outros animais justamente porque se estabelece numa relação em que a transformação é mútua e contínua. Sendo uma transformação mútua, tanto natureza, quanto homens/mulheres transformam-se enquanto estabelecem tal relação.

Essencial para a discussão do trabalho e sua importância no desenvolvimento do ser social está o que nos informa Marx no Capítulo V de *O Capital*:

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põem em

movimento as forças naturais de seu corpo – braços e pernas, cabeça e mãos -, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais. (MARX, 1998. p.211)

A importância da discussão inaugurada por Marx não poderia deixar de ser contemplada, posto que não se conceberia transformação de uma natureza, da qual o homem/mulher faz parte, e sendo tal transformação um processo que antes fora pensado, sendo conectado ao que está posto como matéria disponível à transformação, sem que, durante essa transformação, não se estabelecesse um processo de desenvolvimento mútuo. Ou seja, não se pode retirar o caráter de mutualidade que o homem inaugura, por meio da ação teleologicamente executada sobre a natureza.

Assim, a centralidade e importância do trabalho na constituição do ser social ficam evidentes. Diante do exposto, compreende-se que o trabalho se apresenta como elemento essencial para a emancipação, no processo de criação de coisas necessárias à existência humana, do homem em relação à natureza.

O trabalho e sua apropriação pelo capital

Na sociedade capitalista, o trabalhador produz coisas socialmente úteis, mas que não foram previamente idealizadas em sua mente, pois, sob a lógica do capital, o trabalhador/a transforma a natureza sob outras bases, ou seja, aquelas que estão fixadas nas necessidades capitalistas de produção e reprodução, passando a configurar um processo alienado de produção.

O trabalho subsumido ao modo capitalista de produzir passa a ser realizado com características que antes não faziam parte da sua organização. Elementos novos são inaugurados na sua realização, os quais vão determinar uma forma de sociabilidade que tanto o trabalho, como o resultado dele, passam a ser determinantes no desenvolvimento da sociedade capitalista.

Na constituição primeira das necessidades humanas e sua realização por meio do trabalho, são produzidos objetos que se apresentam com um valor de uso. Na sociedade capitalista, há uma apropriação desses valores de uso, mas não só, há também uma subsunção do valor de uso ao valor de troca.

A sociedade capitalista inaugura uma nova forma de apropriação desse valor de uso. Há uma nítida diferença entre a sociedade na qual a necessidade é ato regulador do desenvolvimento das coisas socialmente úteis, ou seja, “[...]

onde o valor de uso e a necessidade exerciam uma função reguladora básica [...]” (ANTUNES, 2003. p. 21). A diferença essencial entre as sociedades em que o valor de uso é essencial para o desenvolvimento de uma forma societária e a sociedade na qual o valor de troca passa a ser regulador do processo de sociabilidade está no fato de, sob o comando do capital, o trabalho e suas características acima expostas estarem subsumidos em seus elementos essenciais ao modo de produção do capital, cuja centralidade é a transformação de valores de uso em mercadorias, que revelarão o seu valor de troca no processo de circulação.

A apropriação do trabalho pelo capital não retira seus elementos essenciais, ou seja, não muda a sua natureza, posto que tal característica é inseparável em qualquer forma de apropriação deste. Mas, é no capitalismo que a força de trabalho assume o caráter de valor de troca como outra mercadoria qualquer que entre na esfera da circulação.

Para Marx,

A utilização da força de trabalho é o próprio trabalho. O comprador da força de trabalho consome-a, fazendo o vendedor dela trabalhar. Este, ao trabalhar, torna-se realmente no que antes era apenas potencialmente: força de trabalho em ação, trabalhador. Para o trabalho aparecer em mercadorias, tem de ser empregado em valor-de-uso, em coisas que sirvam para satisfazer necessidades de qualquer natureza. O que o capitalista determina ao trabalhador produzir

é, portanto, um valor-de-uso particular, um artigo especificado. (MARX, 1998, p.211)

A concepção acima citada é a que, sem sombra de dúvidas, mais traz à tona como se realiza a apropriação do trabalho e da força de trabalho pelo capital. Sendo esse o caráter essencial que veicula a transformação do trabalho na sociedade do capital.

Na produção capitalista, o trabalho, ou seja, a força de trabalho desprendida do homem para transformação da natureza é englobada na gama de elementos que compõem o processo produtivo, porém, essa apropriação dá-se por meio da compra dos meios de produção. Assim, a força de trabalho é inserida nos meios de produção que o capitalista compra para produzir coisas que estabelecem uma relação de valor de troca no mercado. Em síntese, a força de trabalho é consumida como mercadoria.

Valorar o produto realizado no processo de produção capitalista é o mesmo que quantificar o quanto de trabalho foi empregado naquela transformação da matéria-prima em mercadoria que vai ao mercado para se realizar enquanto valor de troca, sendo necessária a quantificação de trabalho inserido, para uma equalização do valor que se estabelecerá durante sua realização.

É preciso, nessa relação que o trabalho estabelece na sociedade capitalista, atentar para o fato que o trabalho,

em sua condição original, ou seja, aquela emancipadora do homem, não pode se confundir com o trabalho que se estabelece como mercadoria regida pela lógica do capital.

Nessa condição o trabalho passa a ser apropriado pelo capitalista comprador da força de trabalho. Tal apropriação desfaz a condição primeira do caráter do trabalho: a sua ação sobre a natureza tinha o caráter transformador, tanto desta, quanto dos que sobre ela exerciam alguma transformação na busca de saciar suas necessidades.

Na produção capitalista, o trabalho assume papel central, pois sem ele, mesmo que exista uma condição material a ser apropriada, não há modificação do que a natureza nos proporciona para a transformação em coisas úteis. O capital eleva a força de trabalho a condição de mercadoria, sendo a sua venda a única forma de sobrevivência dos/as trabalhadores/as, haja vista, que estes foram destituídos da posse dos demais meios de produção.

Nas contribuições trazidas por Antunes (2002) podemos enxergar que os avanços estabelecidos pelo capital assumem formas que passam a empregar o trabalho sob as determinações que a ciência e a tecnologia racionalmente empregam, não só sobre o trabalho, mas também, e, sobretudo, nas forças produtivas, relegando o trabalho, e, por consequência, o(a) trabalhador(a) e todas as relações estabelecidas por este, a uma forma de produzir,

na qual o processo de divisão social e técnica do trabalho é complexificado e subjugado cada vez mais ao processo de inovação tecnológica. Inovação tecnológica que não se restringe apenas às novas e modernas máquinas, mas também, na forma de gerir e racionalizar este trabalho e o resultado deste.

AS NOVAS FORMAS DE PRODUZIR E SEUS REBATIMENTOS PARA OS(AS) TRABALHADORES(AS)

As mudanças na esfera produtiva trazem ao/a trabalhador(a) uma necessidade de se adequar ao novo modo de produzir. É necessário que o trabalhador seja o mais qualificado possível, pois como pontua Antunes (2002), o caráter da polivalência, ou seja, uma combinação de várias atividades simples é conjugada à necessidade de um/a trabalhador/a que opere mais de uma máquina e/ou realize múltiplas tarefas.

O trabalho agora sob a lógica da flexibilização passa a ter sua forma de gerenciamento modificada pela orientação do modelo toyotista. Modelo este que vem inaugurar formas diferentes daquelas experimentadas na era fordista/taylorista.

Nesse novo modelo, aliado às estratégias de desestruturação do trabalho fabril, da desregulamentação do

trabalho formal, além das novas formas de contratação, como é o caso da terceirização, levam os(as) trabalhadores/as a experimentar uma nova condição, sem esquecer que entre esses elementos negativos está o crescente desemprego e aumento da exploração daqueles/as que se mantêm empregados.

O(a) trabalhador(a), sob essa nova direção da produção capitalista, passa a ter seus direitos trabalhistas reduzidos, sua relação com o mundo do trabalho precarizada e esse processo intensifica-se tendo resultados negativos em todas as esferas da vida dos/as trabalhadores(as), sendo os que recaem sobre sua saúde têm uma maior visibilidade.

Levando em consideração que o modo de produzir no capitalismo traz rebatimentos negativos sobre a saúde dos/as trabalhadores/as, precisam ser analisadas as formas de intervenção que foram criadas para que a continuidade da produção capitalista não fosse prejudicada. Esse trajeto passou pela Medicina do Trabalho, resgatando elementos essenciais da Saúde Ocupacional, desembocando no que hoje temos consolidado como Saúde do(a) Trabalhador(a).

Nesse sentido, conforme Mendes; Dias (1991) é no desgaste físico-mental que o(a) trabalhador(a) expressa a forma como o capital se apropria da sua força de trabalho, levando-os à degradação do corpo e da mente.

Todo esse esforço desencadeado pela inserção de tecnologias no meio produtivo tem um propósito a ser seguido: o aumento da taxa de lucro do capitalista. A via encontrada para se concretizar esse propósito é o investimento no aumento do trabalho morto objetivado em relação ao trabalho vivo.

É preciso compreender que os rebatimentos desses avanços tecnológicos não excluem por completo a força de trabalho do processo produtivo, porém, sua forma de apropriação juntamente com o resultado na vida material e imaterial dos/as trabalhadores(as) vai revelar que há uma degradação cada vez maior do trabalhador subjugado a esse processo.

A saúde do(a) trabalhador(a) como resposta à degeneração do homem pelo trabalho

A relação saúde/doença dos(as) trabalhadores(as), sob a forma de organização flexível do trabalho, passa a ter uma proporção maior na produção capitalista, ou seja, as condições de trabalho levam os(as) trabalhadores(as) a experimentar um processo corrosivo da sua saúde. Posto que, como vimos acima, produz à sua revelia, sendo complemento na produção, e ainda pior, não é o(a) trabalhador(a) que determina o ritmo de trabalho, mas sim,

as máquinas e formas gerenciais de produção, levando-o a extenuação, a mutilações e mortes.

Mas, mesmo que o capital para sua produção e reprodução, necessite lançar os(as) trabalhadores(as) a condições de degradação da sua saúde física e psíquica, também se concebe, no capitalismo, que há a necessidade de manter a força de trabalho necessária para disponibilidade de sua compra – processo de reprodução da força de trabalho necessária.

Sendo assim, construídas as estratégias para essa reprodução

[...] as propostas controvertidas de intervir nas empresas, àquela época, expressaram-se numa sucessão de normatizações e legislações, que tem no FactoryAct, de 1833, seu ponto mais relevante, passando a tomar corpo, na Inglaterra, a medicina de fábrica. (MINAYO; COSTA, 1997, p.22)

A medicina de fábrica tem como principal característica a

[...] presença de um médico no interior das unidades fabris representava, ao mesmo tempo, um esforço em detectar os processos danosos à saúde e uma espécie de braço do empresário para recuperação do trabalhador, visando ao seu retorno à linha de produção, num momento em que a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente. [...]. (MINAYO; COSTA, 1997, p.22)

Aponta-se nessa citação que já se inicia, mesmo que incipiente nesse momento, uma preocupação com a saúde dos/as trabalhadores(as) que trabalhavam sob as condições precárias do início da industrialização na Inglaterra, restando informar, que não se tem uma preocupação com o(a) trabalhador(a), mas sim, com o processo de acumulação do capital, mesmo porque, não se pode desprender da força de trabalho para produzir, pois só ela é capaz de gerar valor e mais valor (mais-valia).

Também para Minayo; Costa (1997) esse cenário abre espaço para o que posteriormente podemos entender como a Medicina do Trabalho. Esta, mesmo considerando os avanços, mantém características próprias da medicina de fábrica. Com os avanços do processo de industrialização do século XIX, houve também um avanço da inserção de médicos no interior das fábricas, sendo estes, na maioria das vezes, profissionais de confiança dos industriais. A proposta passa a ganhar corpo em toda a Europa, e posteriormente começa a ser percebida em economias de capital periférico. Essa disseminação da Medicina do Trabalho, que chega a atingir os países que estavam fora do capitalismo central, mas que iniciavam um forte processo de industrialização, passa a ser identificada como um processo que necessitava ser pensado principalmente por organizações importantes como foi o caso da OIT (Organização Internacional do Tra-

balho). As intervenções deste órgão internacional passavam a conformar alguns dos incentivos necessários para que a Medicina do Trabalho tomasse corpo em escala mundial.

O resultado desse processo para a Medicina do Trabalho é o fato dela passar a ser enxergada como insuficiente para intervir sobre esses novos processos, inaugurados pelos novos avanços no ambiente de trabalho, bem como, dar respostas satisfatórias à intensificação das doenças que faziam parte da rotina dos trabalhadores, o surgimento de novas, assim como, as mortes e mutilações ocorridas no interior das fábricas.

Para Mendes; Costa (1991, p. 343) precisava-se, naquele momento, uma “[...] intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões.” Sendo assim, um processo que necessitava de um aporte e suporte de outras áreas do conhecimento para entender as recentes demandas (no âmbito da saúde dos trabalhadores) surgidas do modo de produção capitalista. O avanço de concepções sobre a Saúde do/a Trabalhador começa a contemplar elementos que não se inseriam na Medicina do Trabalho.

Essa nova configuração que se apresenta passa a ser concebida como Saúde Ocupacional. O diferencial que se instala na Saúde Ocupacional, diferentemente da Medicina do Trabalho, está, além dos citados anteriormente,

no fato de incluir o entendimento de que os processos de adoecimento têm em seu interior, um conjunto de fatores que podem contribuir para o aparecimento de doenças, ou seja, a multicausalidade.

Mas para Minayo; Costa (1997) não há avanços que os diferencie substantivamente e ultrapasse a uma nova fase no entendimento da relação saúde/trabalho, posto que

[...] mesmo assim, se os agentes/riscos são assumidos como peculiaridades “naturalizadas” de objetos e meios de trabalho, descontextualizados das razões que se situam em sua origem, repetem-se, na prática, as limitações da Medicina do Trabalho. As medidas que deveriam assegurar saúde do trabalhador, em seu sentido mais amplo, acabam por restringir-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes. Enfatiza-se a utilização de equipamentos de proteção individual, em detrimento dos que poderiam significar a proteção coletiva; normatizam-se formas de trabalhar consideradas seguras, o que, em determinadas circunstâncias, conforma apenas um quadro de prevenção simbólica. Assumida essa perspectiva, são imputados aos trabalhadores os ônus por acidentes e doenças, concebidos como decorrentes da ignorância e da negligência, caracterizando uma dupla penalização. (MINAYO; COSTA, 1997, p.25)

É no bojo dessa constituição e determinação que se encontram os fundamentos para uma ultrapassagem para o que hoje se constitui como Saúde do(a) Trabalhador(a), mesmo, em alguns momentos, observando que

características que conformaram a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional passam a ser presentes nesse processo constitutivo, não sendo expurgadas definitivamente do processo que desembocou na Saúde do(a) Trabalhador(a).

A direção que tomam as questões que envolvem a saúde dos(as) trabalhadores(as) segue as determinações que o movimento da sociedade impõe. Nesse processo pode-se computar o avanço de concepções inauguradas pela contribuição da saúde coletiva, principalmente aquela elaborada na América Latina. Uma medicina voltada para a inserção de elementos que vinham também do social, abrangendo características que antes não faziam parte dos fatores determinantes na relação saúde/doença.

A conjuntura brasileira neste momento (décadas de 1970 e 1980) é de grande efervescência social, na qual tomam papel protagonista os movimentos sociais, tendo maior protagonismo os que lutavam pela saúde, os sindicatos de trabalhadores(as) e também a esfera acadêmica.

A década de 1970 passa a ser um momento de fortes mudanças no meio produtivo, em escala macro, ou seja, no processo de transferência das indústrias para as zonas francas dos países de terceiro mundo, aglutinando mudanças no processo produtivo por meio de um avanço tecnológico ainda não experimentado até o momento, além

do surgimento de forma de flexibilização do trabalho, como é o processo da terceirização.

Por outro lado, as mudanças que se instalaram na concepção de saúde foram, no final dos anos 1960 e início dos anos 1970, primordiais para a virada no entendimento sobre a saúde dos(as) trabalhadores(as). Há, no processo de busca pela superação dos modelos anteriores, uma intenção de colocar em confronto o caráter individualista e o caráter coletivo, o técnico e o político, o biológico com o social.

Minayo; Lacaz (2005) asseveram:

A abordagem da Saúde Coletiva e da Medicina Social Latino-Americana permitiu ampliar a compreensão teórica e prática, em vários níveis de complexidade, das relações entre o trabalho e a saúde com a incorporação do conceito nucleador “processo de trabalho”, extraído da economia política, na sua acepção marxista. (MINAYO; LACAZ, 2005, p.03).

Para esse confronto se estabelecer, foi preciso que houvesse uma guinada na compreensão dos processos de trabalho/saúde.

No Brasil, é na década de 1980 que esse processo passa a ter uma maior visibilidade e uma maior efervescência no campo das lutas sociais na busca por melhores condições de vida da população. Nesse momento, as reivindicações, principalmente as ligadas à área da saúde, passam a conformar demandas ao setor público, exigindo respostas

satisfatórias às urgências da população. Os movimentos sociais jogam luz em questões que antes não eram debatidas com profundidade, aparecendo como protagonistas na representação dos anseios da sociedade. As características mais visíveis estabelecidas no momento de construção da ultrapassagem à Saúde do(a) Trabalhador(a) estão no fato de ela passar a ser enxergada na esfera da saúde pública, retirando o caráter restrito e focalizado existentes nos modelos anteriormente experimentados.

Para Mendes; Costa (1991), esse momento pode ser percebido pelos investimentos no campo da saúde coletiva, a qual se verifica como um dos focos principais para o desenvolvimento da Saúde dos(as) Trabalhadores(as), sendo relevantes os mecanismos que se expressam

[...] nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, na realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, e foi decisivo para a mudança de enfoque estabelecida na nova Constituição Federal de 1988. (MENDES; COSTA, 1991, p.348).

A realização dessas duas Conferências coloca a saúde pública num lugar central do debate, bem como, o desenvolvimento de estratégias ligadas à Saúde do(a) Trabalhador(a), posto que passa a entender que o trabalho, junto às outras esferas da vida, conforma peça essencial para o desenvolvimento de ações ligadas à saúde.

A Saúde do(a) Trabalhador(a), a partir do seu reconhecimento na Constituição Federal de 1988, passa a ser conformada em todos os níveis de atenção, mas é na Atenção Primária à Saúde que se desenvolvem os elementos que passam a perceber o processo de trabalho como essencial para o desenvolvimento de estratégias de ação no âmbito da saúde pública.

As ações desenvolvidas à Saúde do(a) Trabalhador(a), mesmo considerando as parcas que se constituíram antes do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), têm sua efetivação no desenvolvimento da saúde pública no Brasil, por meio de uma legislação que trata do tema saúde, necessariamente a partir da Constituição Federal de 1988.

Com a promulgação da Constituição de 1988 a saúde passou a ser reconhecida como direito social, conforme o art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, Presidência da República, 1988.p. 40).

O resultado observado na legislação que coloca a saúde como direito social à população e um dever do Estado, tanto no desenvolvimento de políticas, gestão e financiamento.

A regulamentação do SUS deu-se por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990 e da Lei nº 8.142 de 1990 que dispõem tanto sobre “[...] as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de dar outras providências” (BRASIL, 1990a, p.01), quanto sobre “[...] a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990b, p.01).

Considerando que às transformações societárias inauguradas nas últimas décadas do século XX, principalmente as que impactam diretamente nas condições de saúde do(a) trabalhador(a), colocando em patamar mais alto os índices de doenças relacionadas ao trabalho, ações voltadas para a saúde do trabalhador são instituídas a partir da promulgação da Carta Constituinte de 1988 e da aprovação da Lei nº 8.080 de 1990, tornando-a atribuição do SUS e de responsabilidade coordenar a Política de Saúde do Trabalhador. A Lei nº 8.080/90, em seu artigo 6º, parágrafo 3º, delibera a saúde do trabalhador como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1990, p.03)

Abrangendo a assistência ao(a) trabalhador(a) vítima de acidente de trabalho ou portador de doença proveniente do trabalho, participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos à saúde no tocante ao trabalho, normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que possam conter riscos à saúde do(a) trabalhador(a), avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde, informação ao(a) trabalhador(a) e aos respectivos sindicatos e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional, participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do(a) trabalhador(a) nas instituições e empresas públicas e privadas, revisão periódica da lista de doenças cuja origem é o trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração dos sindicatos e garantia ao sindicato dos(as) trabalhadores(as) de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver risco iminente à vida ou saúde dos(as) trabalhadores(as).

Os aparatos legais mencionados acima, bem como a própria criação do SUS, “[...] conferiu à Saúde do Trabalhador uma nova definição e novo delineamento institucional quando a incorporou enquanto área de competência própria da saúde [...]” (MENDES; OLIVEIRA; ALMEIDA; SANTOS, 2005, p.06), e ainda integrou a participação do(a) trabalhador(a) nas ações de saúde, reconhecendo-os como sujeitos ativos do processo saúde-doença.

Proteção social essencial a vida dos/as trabalhadores(as), tendo em vista os números que são extraídos da realidade quando nos debruçamos sobre a relação trabalho contemporâneo e adoecimento advindo da atividade laborativa desenvolvida.

Exploração exponencial do trabalho e adoecimento do(a) trabalhadores(as) em João Pessoa-PB

Considerando as determinações da exploração do trabalho em níveis exponenciais na atualidade e o processo de adoecimento dos(as) trabalhadores(as) desenvolvemos uma pesquisa de campo, junto ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) do município de João Pessoa-PB, no ano de 2014, afim de problematizar essa intrínseca mediação nos dias atuais, bem como para assinalar a importância do complexo jurídico legal de proteção a

saúde dos(as) trabalhadores(as) e atuação das instituições e entidades que atuam nessa perspectiva, diante de tempos em que os processos de trabalho elevam a máxima potência à alienação e à exploração: que desumaniza, adocece e mata.

Um dos primeiros desafios dos(as) trabalhadores(as) adoecidos(as) pelo trabalho é conseguir comprovar o nexo causal entre a doença e a atividade de trabalho desenvolvida, contando, que 100% dos usuários(as) que compuseram o universo de nossa pesquisa, buscaram o CEREST/JP com a demanda de emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), concessão de nexo para reconhecimento do benefício por doença do trabalho e emissão do laudo médico.

Uma realidade que atinge tanto homens quanto mulheres, no universo pesquisado, visto que 56,7% da amostra era composta por trabalhadores do sexo masculino e 43,3% do sexo feminino, embora saibamos que as condições de trabalho das mulheres se complexifique, se associarmos o adoecimento à vínculos mais precarizados de inserção no mercado de trabalho e aos salários mais baixos das mulheres.

Em termos de faixas etárias apresenta-se uma concentração na faixa dos 40 e 59 anos (66,6%), com registro de trabalhadores/as de 30 a 39 anos (20%) e com 60 anos ou mais (13,3%). Não atribuímos a ausência de jovens nessas estatísticas a estes serem dirigidos trabalhos em melhores

condições, mas ao fato de que o enxugamento do trabalho vivo, tem reduzido demasiadamente os postos de trabalho e a dificuldade da inserção de jovens no mercado de trabalho tem sido latente.

A baixa escolaridade é outro dado que chama atenção, visto que 80,1% da amostra pesquisada possui no máximo até o ensino médio completo, ainda declarando-se 3,3% não alfabetizados e apenas 10 % possui ensino superior completo.

A renda individual mensal destes concentra-se para 73,3% de um a dois salários mínimos. E as atividades são desenvolvidas no setor de serviços, têxtil e calçadista (70%) e as que se destacam são: costureira (10%), cozinheira (6,7%), pedreiro (6,7%), serviços gerais (6,7%) e mecânico (6,7).

Estes últimos indicadores, isto é, a baixa escolaridade e a baixa renda estão intimamente articulados e demonstram que o trabalho precário e os processos de adoecimento atingem em maior medida as frações da classe trabalhadora mais pauperizadas.

As doenças diagnosticadas mais recorrentes são as osteomusculares (63,3%) e a depressão (6,7). Estas que resguardam estreita relação com a intensidade do trabalho realizado na atualidade, visto o maior grau de exploração e pressão exercida sobre a parcela mínima dos(as)

trabalhadores(as) que conseguem se manter empregados/as, numa escala vertiginosa de desemprego estrutural.

Quadro que se complexifica se observado: que para 63,3% dos(as) usuários(as) do CEREST/JP o grau de esforço físico é de moderado a pesado; o ritmo estabelecido de trabalho é intenso para 83,3%; e que 60% declaram, além disso, cumprir horas extras para atingir as metas estabelecidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendemos que os elementos que norteiam as relações estabelecidas entre as categorias trabalho/saúde/ saúde do(a) trabalhador(a) extrapolam as conclusões superficiais e centradas em apenas poucos elementos que compõem essa relação. Tal entendimento compreende uma maior apropriação da categoria trabalho e de como ela está centrada na realidade, tanto objetiva, quanto subjetiva dos sujeitos.

Esta categoria teórica entendida a partir da sua capacidade de produzir a vida, ou seja, é pelo trabalho que produzimos a nossa sobrevivência. Essa sobrevivência passa pela esfera material e imaterial da existência humana.

Situando o processo de trabalho na esfera capitalista, é por meio dele que o capital se reinventa e busca saídas para suas crises, apropriando-se de novas conformações

para uma maior elevação de sua taxa de crescimento. Para atingir seus objetivos, o capital transforma o elemento principal, e o único capaz de gerar valor: o trabalho. Por tal transformação passa o trabalho e o(a) trabalhador(a), posto que este apenas tem a força de trabalho para a venda. Algumas transformações contribuem para a agudização de processos de sofrimentos dos(as) trabalhadores(as), sejam elas físicas ou psíquicas. Esses revelados nos acidentes de trabalho, e nas doenças que advêm do ambiente em que se encontram os(as) trabalhadores(as).

Assim, o trabalho contemporâneo se afasta cada vez mais de sua característica mais imanente: a emancipação humana. Alteram-se as estratégias de produção e os regimes de acumulação, mas o que não muda é a exploração da classe trabalhadora pelo capital, mesmo que isso redunde no adoecimento, no mutilamento e na morte de homens e de mulheres, em favor da produção e da valorização de capitais.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2003.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei 8.080, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

LESSA, Sérgio. **Trabalho e Proletariado no capitalismo contemporâneo.** São Paulo: Cortez, 2007.

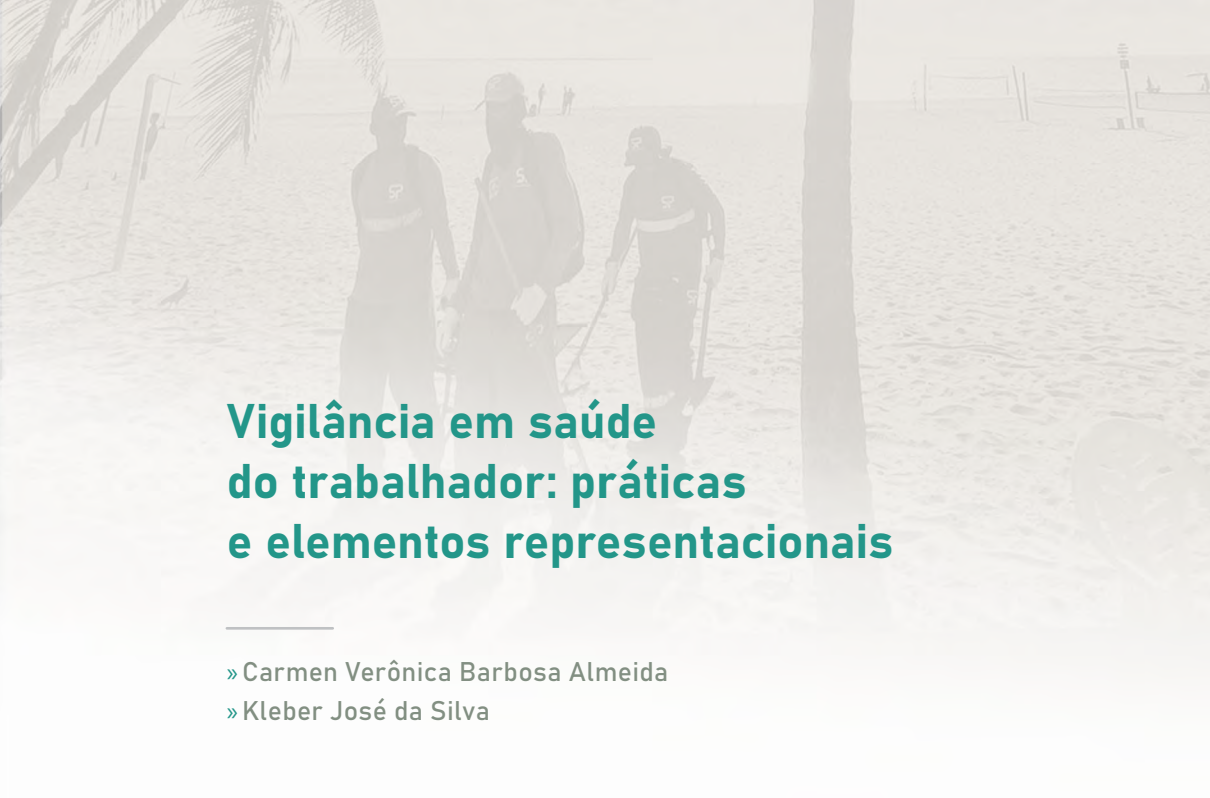
MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política:** Livro I. Trad. Reginaldo Sant'Anna. 16ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

MENDES, René; DIAS, Elisabeth Costa. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. In: **Revista Saúde Pública.** São Paulo: n.25; 1991. p. 341-349. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/imagem/2977.pdf>. Acesso em: 25 jul 2017.

MENDES. J. M. R.; OLIVEIRA. P. A. B.; ALMEIDA R. S.; SANTOS. F. K. A política de saúde do trabalhador e as transformações no mundo do trabalho. In: **II Jornada Internacional de Políticas Públicas. Mundialização e Estados Nacionais:** a questão da emancipação e da soberania. São Luís/ MA, 2005.

MINAYO, Carlos Gomez; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. In: **Ciência & saúde coletiva** v.10 n.4 Rio de Janeiro out./dez. 2005.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. In: **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13 (Supl. 2):21-32, 1997.



Vigilância em saúde do trabalhador: práticas e elementos representacionais

» Carmen Verônica Barbosa Almeida

» Kleber José da Silva

INTRODUÇÃO

A expressão “vigilância em saúde” refere-se, inicialmente, à palavra monitorar. Sua origem - do latim *Vigilare* - significa, segundo o dicionário Aurelio: observar atentamente, estar atento, atento, ser sentinela, buscar, acampar, cuidar, guardar.

No campo da saúde, a “vigilância” está historicamente relacionada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada tempo e lugar, às práticas de cuidado aos

enfermos e aos mecanismos adotados para tentar prevenir a propagação de doenças.

Em uma definição mais recente, proposta por Seta *et al.* (2017, p. 02), a vigilância é caracterizada como “conjunto de ações que abordam os riscos ou determinantes e condicionantes de doenças e agravos, realizam algum tipo de investigação, requerem análises laboratoriais e podem ser classificadas como bens públicos do campo da saúde, alta externalidade”.

Apesar de visivelmente ampliado em seu escopo e na visão de integralidade proposta, Machado; Porto (2003) afirmam que as práticas clássicas de vigilância ainda não sofreram mudanças estruturais. Dessa forma, esses autores referem-se às divisões que ocorreram e ocorrem na Vigilância Sanitária como um todo. Para os autores acima mencionados são práticas que ficam isoladas entre os próprios setores clássicos da vigilância, com recortes específicos ao objeto de controle e intervenção.

Há uma visão fragmentada da saúde que encontra alicerce nos setores do SUS, onde várias consequências se reproduzem na visão das ações em Saúde do Trabalhador, especificamente a Vigilância. Soma-se a isso incoerências, muitas vezes relatadas, entre a Constituição Federal de 1988 e a legislação sanitária, o que dificulta a compreensão do papel da Vigilância à Saúde do Trabalhador e a incorporação

de ações de intervenção nos ambientes de trabalho, limitando as possibilidades de atuação e seu impacto na saúde dos trabalhadores.

Especificamente, a Vigilância à Saúde do Trabalhador - Visat, é definida pela Portaria nº 3.120/1998 (BRASIL, 1998, p.03) como:

Atuação contínua e sistemática ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, investigar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, nos seus aspectos tecnológicos, sociais, organizacionais e epidemiológicos com o objetivo de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, para eliminá-los ou controlá-los [grifo nosso].

Essa Portaria aponta uma metodologia de como realizar as ações da Visat, especialmente aquelas desenvolvidas pela Vigilância Sanitária, ao propor a transposição do produto/objeto de consumo usual para o processo/trabalhador/ambiente. Em seu texto, são descritos os passos para a preparação de uma ação da Visat que enfatiza a intersectorialidade, o controle social, a interdisciplinaridade, o uso da legislação em qualquer área de proteção e promoção da saúde do trabalhador, entre outros elementos importantes para direcionar e implementar a Visat.

Assim como há dificuldades da implementação da Visat, outras ações em saúde do trabalhador, sofrem da

mesma negligência no SUS. Com intuito de virar esse quadro, temos a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) como estratégia para a implantação da Saúde do Trabalhador. Essa Rede foi implantada em 2002 e nela surgem algumas linhas superficiais para a organização dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, estes buscam articular ações e serviços para Saúde do Trabalhador a serem desenvolvidos no âmbito do SUS.

Embora a Renast já tenha uma terceira Portaria nº 2.728/ 2009 que amplia suas ações e foi concebida como uma rede de informação, vigilância, capacitação, assistência, pesquisa, controle social, comunicação e educação em Saúde do Trabalhador, sua trajetória vem apresentando impasses e obstáculos para sua efetiva implementação, como indicam Leão; Vasconcellos (2011). Há ações previstas a serem realizadas pela Saúde Pública no país, e com instrumentos legais para atuar na mitigação, redução, eliminação das situações de exposição à saúde dos trabalhadores em seus processos produtivos, na prática das estruturas da Rede de Saúde e pelos profissionais que atuam em setores específicos e ou afins da Saúde do Trabalhador.

Várias questões são observadas que pode referir-se a ações inócuas, insuficiente e ou ações com resultados superficiais. Assim, então, surge a preocupação e o questionamento sobre as práticas e representações dos

profissionais da Visat, que percorrem os ambientes de trabalho e que devem realizar as intervenções de forma sistemática e contínua. Com base no acima citado, objetiva-se apresentar o contexto atual das práticas de Visat e elementos das representações sociais de profissionais acerca da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

METODOLOGIA

O percurso do estudo envolve relato de experiência com 60 (sessenta) profissionais de saúde que atuam na Visat, mediante a realização de entrevistas semi-estruturadas.

Destaca-se, portanto, que o Relato de Experiência como perspectiva metodológica desse estudo não é, necessariamente um relato de pesquisa acadêmica, contudo, trata-se de registros de experiências vivenciadas pelos sujeitos ao longo do processo de atuação junto as práticas de Vigilância em Saúde do Trabalhador no território em saúde (LUDKE; CRUZ, 2010).

Entrevistas semi-estruturadas

A análise trouxe um amplo leque de informações para o andamento da investigação. O roteiro de pesquisa incluiu questões sobre: a Visat; a evolução da Visat desde a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 até os dias atuais;

o SUS e a aplicação da Vigilância à Saúde do Trabalhador; morbidade e mortalidade de trabalhadores; prevenção na saúde do trabalhador hoje; o cenário atual de implantação da saúde do trabalhador.

A escolha da entrevista permite “elencar da forma mais ampla possível as questões que o pesquisador deseja abordar no campo, com base em suas hipóteses ou pressupostos, obviamente advindos da definição do objeto de pesquisa” (MINAYO, 1994, p. 121).

Na análise dos dados, busca-se resgatar uma interpretação qualitativa dos dados obtidos nas entrevistas por meio da perspectiva hermenêutico-dialética. A união da hermenêutica com a dialética leva o intérprete a buscar compreender o texto, o discurso, o testemunho como fruto de um processo social e de um processo de conhecimento, ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significados específicos. Este texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação. (MINAYO, 1996, p.227).

A ideia de dar continuidade à trajetória reflexiva do pensamento hermenêutico-dialético, considera a perspectiva de que o discurso totalizante daquele grupo de indivíduos está relacionado às palavras e experiências de cada sujeito e sua inter-relação. Embora os assuntos estejam em partes diferentes, geograficamente.

A busca de dados através das entrevistas ocorreu nos espaços onde estavam havendo os cursos de Multiplicadores de Vigilância em Saúde do Trabalhador, projeto da Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/RJ, Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ/RJ, coordenado pelo Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos.

A coleta de dados se deu entre 2014 e 2017, nos estados do Tocantins e Amazonas, no Norte; Paraíba e Pernambuco no Nordeste; Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás no Centro-Oeste. Estas entrevistas fazem parte de uma Pesquisa registrada na Plataforma Brasil, do Banco Nacional de Pesquisa, e é certificada pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa com o número 35153214.0.00005179.

REVISITANDO A VIGILÂNCIA PREVISTA E DISCUTINDO A VIGILÂNCIA REAL

Atuar no processo saúde-doença exige conhecer e intervir nos determinantes e condicionantes sociais de adoecimento. E o trabalho enquanto centralidade do modo de produção e reprodução da vida social é condição indispensável para a compreensão da morbimortalidade da população. Neste aspecto, compreende-se que os processos produtivos, a organização e o ambiente de trabalho são determinantes e/ou condicionantes no modo de adoecer e morrer dos indivíduos. E para tanto, torna-se objeto de

intervenção para as ações de Vigilância em Saúde a fim de intervir, controlar, atenuar e/ou eliminar as condições de riscos e cargas presentes nos sistemas produtivos para materializar na prática ações de promoção de saúde e prevenção de acidentes, doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho.

As áreas de Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental, cada uma dentro dos pequenos espaços da estrutura do SUS, pouco conversam e realizam ações que podem ser consideradas integradas as demandas sanitárias brasileiras. E muito menos resultados concretos sobre os determinantes da saúde.

Esta situação traz consigo problemas centrais para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e/ou agravos no campo da intra-setorialidade. Mas o mesmo ou pior panorama é percebido quando da necessidade de ações em saúde de forma intersetorial, ou seja, envolvendo setores que estão fora do setor saúde, mas que têm papel preponderante nos condicionantes e determinantes sociais da saúde, a exemplo do Ministério do Trabalho e Previdência⁵. Conforme assevera Silva (2016) o Estado Brasileiro possui duas políticas de conteúdos iguais, a saber: A Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho⁶ e a Política Nacional de Saúde do

5 **Recriado pela Lei 14.261, de 16 de dezembro de 2021.**

6 Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011.

Trabalhador e da Trabalhadora⁷ que não se comunicam na vertente teórico-prática.

Se por um lado, o SUS se espalha nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, o Ministério do Trabalho e Previdência volta-se ao conjunto da população trabalhadora formal com ações pontuais e assistemáticas, restrita a manutenção das migalhas do que restou da Proteção Social do Trabalho, com resguardo de alguns direitos trabalhistas e previdenciários, atuando minimamente na reparação dos danos causados pela exploração capital e trabalho.

A lógica clássica da intervenção em saúde simplesmente não dá conta de uma série de problemas de saúde que não se enquadram nos “compartimentos setoriais” da Vigilância. Os campos Saúde do Trabalhador e Saúde Mental seriam alguns deles, assinala Machado (1997), e ainda: quanto à Vigilância Sanitária, não examina nem intervém nas relações de trabalho contidas no objeto da ação, tende a aprofundar a fragmentação intra-setorial, estimulando o surgimento de superespecialistas fiscais. E do ponto de vista da Vigilância Ambiental: tende a examinar os processos produtivos “extramuros”, desconsiderando a fonte primária intra-processual do dano ambiental.

7 Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.

No que se refere às intervenções no ambiente e no processo de trabalho, a questão é mais preocupante e se intensifica por ser amparada por ações de Vigilância em Saúde nas quais seus profissionais distribuídos em minissetores não demonstram maior interesse apesar da competência institucional.

A Vigilância Sanitária concentra suas ações na prevenção de agravos e na promoção da saúde e, no caso da Vigilância Sanitária, tem funções típicas do Estado. De acordo com Vasconcellos *et al.* (2009), atuando sobre alguns dos fatores determinantes da Saúde com o aparato típico do Estado, por meio de ações de caráter público interveniente (Vigilância Sanitária), o slogan é potencialmente capaz de elevar os níveis de saúde da população e, portanto, para consolidar o próprio SUS em sua missão reformadora.

Quanto às intervenções de Vigilância dos ambientes e processos de trabalho, não se conhece a melhor forma de conduzir. Estas ações permanecem a cargo do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) como executor e articulador. O que acontece em alguns Centros, quando recebem prerrogativas do Ministério Público para atuar. Ou mesmo como em outras cidades, nas quais a Vigilância Sanitária realiza as ações de Visat com grande relutância, ao contrário de sua atuação como reguladora de serviços e produtos de consumo. Essa

realidade é comprovada a partir das ações de Inspeção Sanitária em Saúde do Trabalhador realizadas pelo CEREST João Pessoa/Pb em 2021. Das 34 (trinta e quatro) empresas alvos de inspeção, apenas 05 (cinco) delas tiveram a participação de técnicos da Vigilância Sanitária com vistas a fiscalização das condições sanitárias de fornecimento e produção de alimentos para os trabalhadores dos diversos segmentos inspecionados (RAG/CEREST/DVS/SMS, 2021).

Algumas dificuldades na implantação das ações são observadas a seguir, e que apesar do tempo passados, podem ser consideradas no contexto atual, segundo Lacaz; Machado; Porto (2002) *apud* Vasconcellos (2007): a) Necessidade de treinamento e qualificação; b) Necessidade de integração dos níveis de gestão do SUS; c) Dificuldades de associação com sindicatos de trabalhadores; e d) Pouca participação dos gestores municipais.

Outros fatos destacados por Vasconcellos (2007), em sua Tese de Doutorado, ressaltando alguns deles em transcrição igual ao original, refere-se a: a) Visat tende a reproduzir o modelo tradicional de fiscalização, contido tanto na Vigilância Sanitária, como ações específicas, unidisciplinares e punitivas. Não agrega valor de mudança de comportamento profissional, nem de cultura institucional, nem de transformação das bases técnicas e organizacionais dos processos de trabalho; b) Outro fato é a tendência quase

invariável de se criar espaços de VISAT independentes da Vigilância Sanitária usual (Vasconcellos, 2001). Tampouco a área de Saúde do Trabalhador aceita seu papel consultivo à Vigilância Sanitária, que tem competência policial, e tampouco a Vigilância Sanitária incorpora ações correlatas. A fragmentação institucional e a dicotomia de ações se cristalizam; c) Nos casos em que não existe tal vínculo, a área de Saúde do Trabalhador tende a reivindicar a função ao Procurador do Trabalho. Quando isso acontece, ela se isola e, quando isso não acontece, fica dependente da “boa vontade” da Vigilância Sanitária para acompanhar as ações.

Vários desafios permanecem no horizonte de incertezas, sendo mencionados por diversos autores e reafirmados em Nobre (2013, p.191) ao incluir “(...) o desafio de ter profissionais qualificados, comprometidos com a política de saúde e com responsabilidade pela saúde”.

É a partir desse último desafio que se buscam elementos representacionais dos profissionais para entender atitudes e comportamentos frente as ações de Vigilância à Saúde do Trabalhador.

REPRESENTAÇÕES ACERCA DA IMPLEMENTAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – ELEMENTOS E IMAGENS

Com esse momento de incursão orientado pela Hermenêutica-Dialética, pretende-se trazer elementos que estão associados às representações sociais sobre a implantação, implementação da Vigilância à Saúde do Trabalhador.

Para Spink (1993, p.06), “há consenso entre os pesquisadores da área de que as representações sociais como produtos sociais devem sempre ser referidas às condições de sua produção”. O contexto de trabalho e inserção no SUS é comum a estes profissionais.

As representações do grupo em questão apontam que, embora sejam pessoas de diferentes localidades do Brasil, elas desenvolvem atividades relacionadas à Visat, de forma incipiente ou não, traçando os mesmos elementos representacionais.

De forma complementar, Moscovici (2002), nos diz que sistematicamente as representações são socialmente construídas e ancoradas nas situações concretas vividas pelos indivíduos que as elaboram. O que eles têm em comum é a perspectiva de que o estudo das representações possibilita compreender as formas de ver o mundo em grupos e, após uma reapropriação, há uma reconstrução da realidade.

Os elementos que emergiram nos diálogos permitem compreender as Representações sobre o objeto em estudo, muitas convergências nas idéias e percepção, mudando um pouco a forma como as palavras foram ditas. Pelas entrevistas no conjunto das falas, existem elementos que se relacionam com a Implementação da Visat, vindo a consolidar uma imagem de que a Visat não está implementada:

A gestão? Eles não se preocupam, não funciona para a saúde do trabalhador. Os Centros de referência, por exemplo, não têm autonomia para utilizar o recurso, dá a impressão de que foi feito para que não funcione. (Entrevista n. 05).

A Visat caminha vagarosamente, quando os profissionais referem-se ao período em que está inserida nos documentos legais, observando desde a Constituição Federal (1988) e na Lei Orgânica da Saúde (1990). Ações específicas são sem continuidade para um processo que ainda não se concretizou no SUS, e a ser contemplado pela Vigilância Sanitária.

Parece-me um processo muito lento. Isso porque a VISAT atua no espaço da contradição entre trabalho x capital. Não há determinação política para que a Vigilância assuma, de fato e de direito, o papel que deveria perante o que está na CF 1988 e na Lei 8.080/1990 e sua definição. (Entrevista n. 10).

Existe uma legislação precisa (específica) como a Portaria 3.120/ 1998 que é um instrumento legal para o exercício do VISAT. (Entrevista n. 01).

Na prática não existe determinação política para realizá-la e ser eficaz. Essas ações não são realizadas por decreto. É preciso ter a decisão e determinação do gestor para fazê-lo. (Entrevista n. 03)

Ainda é um processo [...] É uma relação capital x trabalho; não se materializa por questões institucionais; gestão tem Interferências. (Entrevista n.37)

Visat transformadora dos processos e ambientes de trabalho, exige enfrentamento do Estado e não vejo nenhuma preocupação, de fato, em fazê-lo. (Entrevista n. 13).

Tem mudanças, mas também tem que ter continuidade. (Entrevista n. 04).

Os treinamentos representam um caminho para o desenvolvimento de ações, permitindo um olhar diferenciado e uma percepção para além do produto e do serviço, ofertado nos processos e ambientes de trabalho. É possível conhecer mais sobre a legislação que norteia as ações da Visat, porém, para esses profissionais de vigilância, são guias de conhecimento técnico e jurídico, mas não é o fator determinante para a inserção da Visat se consolidar nas práticas cotidianas no Brasil. As ações de prevenção e promoção da Saúde do Trabalhador nos processos de trabalho, são uma situação que vai bem além.

A capacitação é fundamental para as ações da Visat, para olhar o processo e a relação com a doença. Traz conhecimentos teóricos e amplia o olhar para a ques-

tão da segurança, da precariedade no trabalho. O olhar para essa percepção é ampliado. (Entrevista n. 05).

Apesar de ter uma coordenação (nacional), é tímida, lenta. Tem esforços, mas não na VISAT. Nesses cursos, a formação é importante porque muda o olhar. (Entrevista n. 23).

É importante lembrar que as ações de Vigilância surgem na história para proteger o consumidor e o produto, com intervenções nessa área, sendo essa linha de ação estabelecida a partir da esfera federal em termos de pactos. A ausência de intrassetorialidade ou intrainstitucionalidade/institucionalização no SUS impacta diretamente na ineficácia das ações.

Não tem interdisciplinaridade; também não tem intrassetorialidade. Cada um na sua caixa” não se materializa por questões institucionais, interferência da gestão. (Entrevista n. 17).

É preciso avançar , há muito o que fazer.

Muitas vezes há muito o que fazer. A equipe está voltada para o foco de produtos e serviços. Mesmo depois dos cursos. A percepção para o trabalhador é mínima. As ações são voltadas especificamente para o produto, por exemplo, na padaria se olha a validade da farinha de trigo, mas o trabalhador não, os riscos não são considerados. (Entrevista n. 23).

A intersectorialidade ainda vai se materializar, a intersectorialidade não é alcançada, nem a intrassetorialidade. (Entrevista n. 06).

Quanto à atuação nesta área da Vigilância – saúde do trabalhador, trata-se de uma área considerada complexa e desafiadora, onde existem conflitos de interesses.

A este respeito, existe uma diferença entre aqueles que atuam como efetivos e aqueles que atuam como profissionais contratados temporários. Ambos se sentem desprotegidos pelo Estado na intervenção com o capital, o que pode gerar represália aos profissionais.

No confronto com o capital, há interferência da gerência [...] Até os efetivos passam por momentos difíceis. (referência para profissionais do SUS. (Entrevista n. 14).

Não tem nenhuma participação no interior dos estados (referência para profissionais do SUS que atuam em municípios de pequeno porte. (Entrevista n. 18).

O confronto com o capital por essas pessoas no interior do estado, muito complexo. Se o SUS não for fortalecido, esse enfrentamento não existirá. (Entrevista n. 06).

Observa-se nas falas que há interferências político-partidárias com viés ideológicos, no âmbito das políticas sociais, subjugando-as na relação capital e trabalho, com reflexo na gestão destas e nas limitações de atuação profissional.

Em alguns relatos é possível colocar elementos referentes a um Estado que atua a favor do capital, das

questões políticas, da troca de favores, não protegendo a ação e nem os agentes da ação, os profissionais da VISAT:

Os depoimentos dos trabalhadores já capacitados indicam que não o fazem por causa desse tipo de interferência. (Entrevista n.13).

O Ministério da Saúde não controla se há ou não ação do VISAT, não acompanha; Não há monitoramento das ações realizadas, há grande fragilidade. (Entrevista n. 27).

Eu vejo a apresentação dos números,mas não da qualidade da ação, se ela produziu resultados; o caminho para fortalecer, para construir é frágil. (Entrevista n. 16).

As ações de Vigilância à Saúde do Trabalhador são encaminhadas para um Estado ausente, na perspectiva de não serem cumpridas, por meio das estruturas municipais e estaduais, o que deixa claro que a desconfiança no Estado como protetor de direitos e das leis permeia a atuação dos profissionais.

Não tem apoio do Estado. Quem quer transformar não tem apoio (referindo-se aos profissionais). - Nem logística - Mesmo que queira, não consegue porque o Estado favorece a iniciativa privada, a empresa. (Entrevista n. 12).

Não vejo que o Estado crie mecanismos de melhoria no VISAT; Não o apóia; não tem interesse; O que leva ao não funcionamento das coisas. (Entrevista n. 26).

No caso dos profissionais temporários, a sanção é mais do que um processo administrativo, é a perda do próprio emprego, sendo o elemento mais fortemente representado nas entrevistas.

Por outro lado, elementos das representações como Intersetorialidade e Controle Social, orientam a confiança para uma perspectiva diferente diante da implantação da Visat.

No conjunto das representações, os profissionais relatam, em vários trechos das entrevistas, que os trabalhadores e os sindicatos têm o poder de pressionar o Estado e com eles acreditam que pode haver mudanças nesse processo.

O controle social tem que ser efetivo. Fortalecer os Cerests, pois se ficar no comando do Estado [...] (Entrevista n. 11).

Com a participação deles há um poder diferenciado, que é o fortalecimento das ações da Visat. Participação e compromisso sindical. (Entrevista n.28).

As leis são inúteis, ou Portarias, sem o controle social. (Entrevista n. 03).

Da Hermenêutica-Dialética são trazidos elementos que buscam compreender que esses profissionais estão inseridos no contexto da VISAT, em seus diálogos trazem relatos de quem faz parte da história.

Hermenêutica-Dialética “[...] ambas têm em seu cerne a ideia fecunda das condições históricas de qualquer manifestação simbólica, da linguagem e de qualquer obra

de pensamento; Ambos partem da ideia de que não existe um observador imparcial nem um ponto de vista fora do homem e fora da história; ambos vão além da simples tarefa de ser uma ferramenta de pensamento. (STEIN, 1987, *apud* MINAYO, 2010, p.350).

É necessária uma concretização da Visat, segundo os entrevistados, há ausência de uma determinação política vinda da gestão (do SUS, e do Executivo), o que impossibilita o avanço. Questões estas e outras colocadas ao longo dessas poucas linhas apontam o entreteçamento de vivências compartilhadas a partir do lugar de fala.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apreende-se nessa questão emblemática que o processo saúde-doença e trabalho apresentam aspectos relevantes sobre a urgente necessidade de um posicionamento político e ideológico de Estado capaz de contrapor a lógica de monetarização das iniquidades advindas do trabalho.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo como foco a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a partir das ações de Vigilância em Saúde é visível que estas se revelam nas estruturas de Estado de

forma assistemática, fragmentada, pontual, com baixa capacidade de resolutividade.

Várias são as análises consideradas nesse estudo frente às fragilidades da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no enfrentamento as condições insalubres presentes nos ambientes, organização e processos de trabalho que determinam e/ou contribuem para as causas de acidentes, doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho, circunscritos no modelo de desenvolvimento econômico, político e social da atual sociedade capitalista.

A Política de Saúde, apesar de todos os esforços empreitados pelo movimento de luta em defesa da saúde do trabalhador e da trabalhadora, envolvendo sindicatos, técnicos e estudiosos na área, após 32 (trinta e dois) anos de regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) até o momento, não conseguiu implantar/implementar de forma efetiva nas ações e serviços de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora que congregasse ações de assistência em saúde e vigilância em saúde.

Obviamente que essa constatação, perpassada por uma compreensão ideopolítica de um modelo de atenção à saúde fortemente arraigado sob o viés médico assistencial, nega ou simplesmente ignora os condicionantes e/ou determinantes sociais da saúde na compreensão da forma de

adoecer e morrer da população. Por conseguinte, as práticas interventivas na produção do cuidado não ultrapassam os limites anatomofisiológico, com raríssimas excessões.

O modelo de organização da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) ainda se apresenta como uma incógnita para o SUS. Suas prerrogativas esbarram na ineficiência de um sistema público de saúde, cuja Reforma Sanitária apresenta-se inconclusa, limitada pelo ideário neoliberal de retração do Estado e expansão dos serviços privados em saúde.

Soma-se a esse cenário, a negligência e/ou incompreensão dos gestores públicos quanto ao gerenciamento técnico, administrativo e financeiro dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no cumprimento de sua competência técnica e política na implantação/implementação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS junto aos municípios de sua abrangência. Atrela-se a essas questões o modelo de organização regionalizada da Renast que esbarra na estrutura de execução de gestão do SUS que é municipal e não macrorregional. Além disso, depara-se com a ineficiência gerencial e financeira da regionalização da saúde entre estados e municípios.

Contudo, infere-se que a expressão saúde/trabalho vem se robustecendo de novas concepções teóricas, o que

possibilita no campo prático a emergência de mudanças importantes na organização das estruturas sociais, econômicas e políticas, capazes de ultrapassar os interesses da sociedade capitalista. Impõem-se, portanto, nesse escopo desafios intrínsecos a esse sistema entre os limites e possibilidades da gestão de Políticas Sociais no atendimento as demandas impostas pelo conflito capital e trabalho.

É preciso também entender que a estrutura basilar de conformação das Políticas Sociais, na sociedade tardo-burguesa, conforma-se em uma arena de disputa entre dois projetos políticos antagônicos sediados no confronto de interesses diversos. A efetivação dos direitos sociais, expressos na materialidade do acesso à Seguridade Social (da Saúde, da Previdência e Assistência Social), homologados na Constituição Federal de 1988, requer dos diversos sujeitos sociais uma postura ética, política, cultural e ideológica em defesa desses direitos.

Para o enfrentamento dessa realidade, é premente a participação democrática dos sujeitos sociais, sobretudo, da classe trabalhadora nas definições de Políticas Sociais que venham atender as necessidades dos indivíduos na sua coletividade através dos Conselhos de Políticas nas áreas da Saúde, Previdência Social, Políticas de Trabalho e Emprego, entre outras; o fortalecimento das bases sindicais na defesa dos direitos sociais, trabalhistas e de saúde para

além da monetarização dos riscos e dos agravos à saúde do trabalhador; ampliar e difundir as Políticas Sociais ao limite de cobertura em uma agenda de luta dos trabalhadores, como tarefa de todos que são comprometidos com a emancipação política e humana dos indivíduos, enquanto sujeitos sociais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MS. **Lei 8.080**, 19 de setembro de 1990. Brasília/DF, 1990.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 14.261**, de 16 de dezembro de 2021. Brasília/DF, 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** (1988). São Paulo: Saraiva, 1995.

BRASIL. MS. **Portaria n. 3.120**, de 1 de julho de 1998. Brasília/DF, 1998.

BRASIL. MS. **Portaria n. 1.823**, 23 de agosto de 2012. Brasília/DF, 2019

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 7602**, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Brasília/DF, 2011.

BRASIL. MS. **Portaria n 2.728**, de 11 de novembro 2009. Brasília/DF, 2009.

BRASIL. MS. **Portaria 1.679**. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília/DF, 2002

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. **Saúde, trabalho e**

direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011

LÜDKE, M.; CRUZ, G. B. DA. Contribuições ao debate sobre a pesquisa do professor da educação básica. Formação Docente. In: **Revista Brasileira de Pesquisa sobre Formação de Professores**, v. 2, n. 3, p. 86-107, 18 dez. 2010. Disponível em: <https://revformacaodocente.com.br/index.php/rbpf/article/view/20/18>. Acesso em 23 Mar, 2022.

MACHADO, J. M. H; Porto, M. F. S. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. In: **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2003.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. In: **Cadernos de Saúde Pública**. 1997.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 2. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais Investigações em Psicologia Social.** Petrópolis/RJ: Vozes, 2002.

NOBRE, L.C.C. A política do possível ou a política da utopia? In: **Revista Brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, 2013.

PARÁIBA. SMS. Diretoria de Vigilância em Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2021.** Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador – Macrorregional 1. João Pessoa/PB, 2021. (Versão impressa).

SETA, M. H. D., Oliveira, C. v. S.; PEPE, v. L. E. Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017.

SILVA, Kleber José da. **Saúde e Previdência Social: uma avaliação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e**

da Trabalhadora a partir dos Sistemas de Informação. João Pessoa/PB: UFPB/CCHLA/PPGSS, 2016. Dissertação (Mestrado)

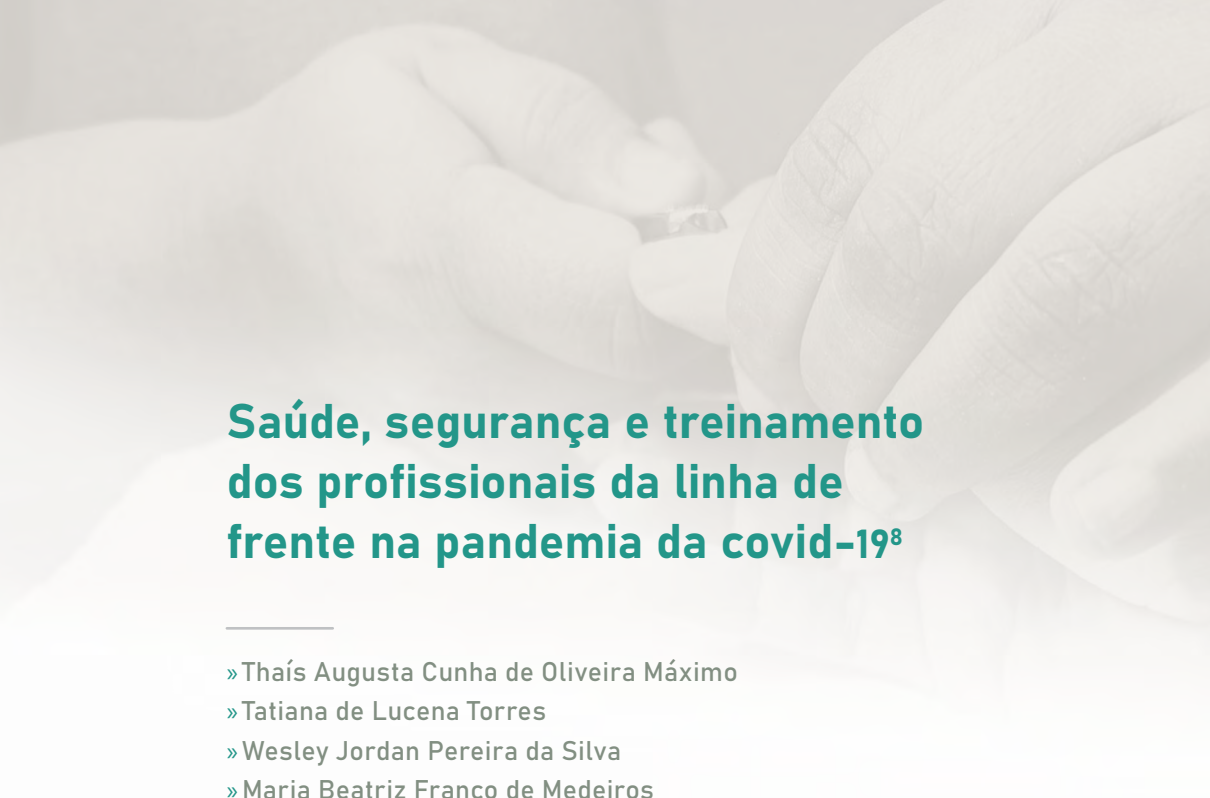
SPINK, M.J. P. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. In: **Caderno de Saúde Pública**, 1993.

STEIN, E. Dialética e Hermenêutica: uma controvérsia sobre método e filosofia. In: HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica**. São Paulo: L&PM Editora, 1987.

VASCONCELLOS, L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2007. (Tese de Doutorado).

VASCONCELLOS, L. C. F., ALMEIDA, C. v. B.; GUEDES, D. T. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. In: **Trabalho, Educação e Saúde**. 445-462, 2009.

VASCONCELLOS, L. C. F., Gomez, C. M.; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. In: **Ciência e saúde coletiva**, 2014.



Saúde, segurança e treinamento dos profissionais da linha de frente na pandemia da covid-19⁸

-
- » Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo
 - » Tatiana de Lucena Torres
 - » Wesley Jordan Pereira da Silva
 - » Maria Beatriz Franco de Medeiros
 - » Valéria Nicolau de Sousa

INTRODUÇÃO

A covid-19 é uma síndrome respiratória causada pelo vírus SARS-CoV-2, doença contagiosa de elevada transmissibilidade, responsável por provocar desde quadros assintomáticos a manifestações clínicas graves, podendo ser letal (MS, 2021). Em março de 2020 a Organização Mundial da

8 Agradecimento ao FNDCT/ MCTIC, Ministério da Saúde e CNPQ pelo financiamento desta pesquisa.

Saúde (OMS) declarou a pandemia, representando quadro de emergência em saúde pública mundial em decorrência do elevado número de infectados, da demanda por recursos para o seu enfrentamento e impactos econômicos associados (LIPSITCH; SWERDLOW; FINELLI, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

No Brasil, a pandemia pela covid-19 evidencia um cenário histórico de falta de investimento em políticas públicas, revelando a precarização do Sistema Único de Saúde (SUS), das universidades públicas e da ciência. Assim, a constante redução de investimentos, precarização e desmonte do SUS tornaram-se ainda mais problemáticos durante a pandemia (ROMERO; DELDUQUE, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2020), marcada pela escassez de equipamentos de proteção individual (EPI), de desenvolvimento de ações de prevenção nos espaços de cuidado, de profissionais especializados para os serviços de urgência e de treinamento para equipes da Atenção Básica à Saúde (ABS) e média complexidade no atendimento às suspeitas e casos de covid-19 (LANA *et al.*, 2020).

De tal modo, a pandemia desafia de maneira sem precedentes o nosso sistema de saúde, impondo uma demanda extra por estrutura, insumos e recursos humanos, bem como evidencia problemas antigos que não foram

devidamente enfrentados no contexto brasileiro (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Estudos reforçam que os profissionais de saúde compuseram a linha de frente de resposta à pandemia, o que expressa o papel que assumem esses profissionais frente à preservação da vida da população (SILVA *et al.*, 2020; ASSUNÇÃO *et al.*, 2020; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020). O cenário pandêmico os afetou, seja em sua vida privada e familiar, devido às normas de contenção da doença que incluíram medidas de distanciamento e isolamento social; seja no tocante à sua prática profissional na área de saúde, onde há maior vulnerabilidade de contágio e adoecimento, fadiga, desgaste emocional, síndrome do esgotamento físico e mental ligado ao trabalho (síndrome de Burnout), estigma e violência física e psicológica (CNS, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

Além das demandas características da atividade de trabalho do trabalhador da saúde, a crise sanitária e a sobrecarga dos serviços de saúde acentuam mudanças diretas na organização da atividade laboral, agora com maiores e mais frequentes jornadas de trabalho e ritmos acelerados (SCHWARTZ; KING; YEN, 2020).

Uma das formas de proteção à saúde desses trabalhadores foi a utilização de EPI, cuja função é entendida como crucial, porém insuficiente, visto a necessidade de

estar atrelada a outras medidas de prevenção e controle, para proteger a esses profissionais frente à exposição ao vírus, bem como para prevenir sua propagação no ambiente (ALMEIDA, 2020; ASSUNÇÃO *et al.*, 2020). Entende-se como EPI todo dispositivo ou produto de uso individual pelo trabalhador destinado à proteção de riscos à segurança e saúde no trabalho (MS, 2020), incluindo, entre outros: máscaras, luvas, capotes, aventais e revestimentos para cabeça. Contudo, Anelli (2020), Zhang (2020) e Wang (2020) atentam para a sua falta, inadequação ou pouca adesão, que têm sido relatadas como uma das principais causas de adoecimento e morte de profissionais de saúde.

Assumida a sua importância, é preciso enfatizar a sua complexidade, visto que seu uso não é simples, sendo frequentemente descrito como desconfortável, com perturbações associadas a seu uso prolongado, a exemplo de desconforto térmico, sudorese local e irritação (ASSUNÇÃO *et al.*, 2020).

Em nota técnica, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) assinala a importância de fornecer treinamento sobre as medidas de proteção implementadas, que incluem os EPIs. Ao empregador, além do fornecimento dos EPIs apropriados ao risco presente em cada atividade, está o dever de exigir seu uso adequado e de orientar e treinar quanto à sua guarda e conservação (ROCHA, 2020;

ANVISA, 2020). A necessidade de capacitação para os profissionais de saúde é consenso em diversos estudos (ASSUNÇÃO *et al.*, 2020; ALMEIDA, 2020; SILVA *et al.*, 2020), mas também é preciso considerar a promoção de orientações em saúde mental e atenção psicossocial, frente aos relatos de adoecimento mental (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Estudo de revisão sistemática da literatura, entre 2020 e 2021, nas bases de dados Google Acadêmico e Scielo, buscando, nacional e internacionalmente, pelos descritores covid-19, saúde mental e segurança no trabalho, identificou a necessidade de estudos e ações voltadas para saúde mental dos profissionais de saúde (MÁXIMO *et al.*, 2021).

Simultaneamente, observou-se dissincronia nas informações sobre o adoecimento e infecção de profissionais de saúde quando consideradas notas oficiais dos governos dos estados, dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e boletins epidemiológicos estaduais (MÁXIMO *et al.*, 2021).

Tais aspectos evidenciam a necessidade de aproximação com o trabalho na saúde, especificamente em contexto pandêmico, trazendo a possibilidade do olhar de diferentes profissionais, em campos de atuação também diferentes, desde a ABS até a assistência hospitalar.

Considerando, então, a complexidade que envolve o trabalho desses profissionais nesse cenário, a abordagem

teórica que tem nos servido de subsídio é a Psicodinâmica do Trabalho (PDT).

Para Dejours (2012), o ato de trabalhar está para além de somente uma relação empregatícia ou salarial, é um modo específico de engajamento do sujeito para enfrentar uma tarefa definida por constrangimentos sociais ou materiais. Ainda segundo o autor, é nesse sentido que “o trabalhar” não é meramente produzir, pois implica uma transformação de si, coloca a subjetividade humana à prova e a modifica, seja a expandindo e a ampliando ou a reduzindo, levando a sua mortificação.

Essa perspectiva de trabalhar corresponde ao ato de envolver a subjetividade em um mundo determinado por relações de iniquidade, de poder e de dominação; é engajar a subjetividade em um mundo hierarquizado, repleto de constrangimentos. Por constrangimentos, o autor especifica os acontecimentos inesperados, panes, incoerências organizacionais, imprevistos, considerando chefias, equipes, demais trabalhadores (DEJOURS, 2012). Conseqüentemente, também é uma relação social, impulsionando processos de subjetivação, realização de si e construção de saúde (DEJOURS; BARROS; LANCMAN, 2016). Logo, saúde é algo que se conquista, que se enfrenta e de que se depende, é poder ter os meios de traçar um caminho pessoal e original em direção ao bem-estar físico, psíquico e social (DEJOURS, 1986).

Portanto, este artigo tem como objetivo analisar as relações entre a saúde e a segurança no trabalho para profissionais de saúde que estiveram no enfrentamento à covid-19 no Nordeste brasileiro.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo exploratório, 217 trabalhadores da saúde, sendo 26,1% enfermeiros; 10,1% psicólogos; 10,1% auxiliares/técnicos de enfermagem; 8,3% fisioterapeutas; 7,8% agentes comunitários de saúde; 7,3% farmacêuticos; 6,9% assistentes sociais; 6,4% médicos; 4,1% nutricionistas; e outras categorias profissionais com menores índices de resposta, a saber: recepcionistas, maqueiros, condutores de ambulância, biomédicos, terapeutas ocupacionais, administradores, agentes de endemias, entre outros.

Dentre os que participaram, 83,5% foram do sexo feminino e 16,5% do sexo masculino. As idades variaram de 21 a 75 anos, com maior prevalência do grupo entre 31 e 40 anos. 49,5% se declararam pardos, seguidos de 36,7% que se declararam brancos; 10,1% pretos e 3,7% amarelos.

Com relação aos estados, 47,7% dos que participaram foram da Paraíba; seguidos de 10,1% de Pernambuco; 9,6%

do Rio Grande do Norte; 9,6% da Bahia; 5,5% do Ceará; 4,1% de Alagoas, Maranhão e Sergipe; 3,7 % do Piauí; e 1,4% com atuação em mais de um estado.

No que se refere às instituições de atuação, tivemos 56% em hospitais públicos; 35,8% na atenção primária; 8,7% em hospitais de campanha; 6,0% em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e 3,2% em SAMU, seguidos de outros estabelecimentos que tiveram baixa representatividade.

Quanto aos vínculos empregatícios, 44,5% disseram ser efetivos; 20,6% contratos por tempo determinado; 15,1% contratos sem tempo determinado; 13,8% contratos diretamente com a secretaria de saúde; 6,4% empregados celetistas (fundação pública); 4,1% celetistas de empresas privadas; e vínculos como os de autônomos (pessoa física, pessoa jurídica e cooperados) e contratados verbalmente.

Instrumento

O instrumento utilizado foi um questionário composto por questões de múltipla escolha e dissertativas, que versavam sobre os temas da saúde, trabalho, condições de trabalho, EPIs, reconhecimento e sentidos de trabalhar na saúde durante a pandemia.

O instrumento foi construído pela equipe de pesquisadores, submetido para análise de juízes e pré-testes

com profissionais de saúde, para obter maior validação quanto à forma, conteúdo e aplicação.

Procedimento

Esta pesquisa consiste no primeiro estudo do projeto “A Saúde dos Trabalhadores da Saúde no Contexto da Pandemia da Covid-19: Prevenção e Cuidado”, financiado pelo CNPQ e Ministério da Saúde, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Subjetividade e Trabalho (GPST), do departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) (comitê de ética, sob o CAAE 38746420.0.0000.5188).

Durante três meses, iniciando ainda no final do ano de 2020, o questionário questionário *on-line* foi disponibilizado nas redes sociais do projeto e compartilhado por aplicativo de mensagens. Também foi enviado por e-mail para sindicatos e associações de categorias profissionais da saúde do Nordeste.

Análise dos dados

A análise dos resultados foi realizada por meio de estatísticas descritivas e inferenciais de associação (Qui-quadrado de Pearson), nesses casos o padrão estatístico utilizado foi de $p \leq 0,05$, quando admitimos que houve

associação. Para tanto, utilizamos o auxílio do pacote estatístico SPSS.

Utilizamos, também, as respostas dissertativas do questionário, que ilustraram qualitativamente as temáticas abordadas de forma estatística.

RESULTADOS

Serão apresentados e discutidos nesta seção os dados deste estudo, divididos a partir das temáticas abordadas no instrumento e pertinentes para a discussão acerca da relação entre trabalho, saúde e segurança de profissionais de linha de frente que estão no combate à covid-19. A saber: treinamento para atuação frente à covid-19 e fornecimento e utilização de EPIs.

Treinamento para atuação frente à covid-19

A título de conceituação, esta pesquisa esteve interessada nos treinamentos ofertados especificamente para o combate à covid-19, isto é, oficinas, cursos, dinâmicas que visassem preparar em algum grau o trabalhador para sua atividade profissional enquanto profissional de saúde em contexto de pandemia.

Compreendemos que, diante de uma situação de extrema complexidade como a que vivemos, o treinamen-

to por si só não é suficiente para munir o trabalhador da segurança necessária para sua atuação. Logo, faz-se primordial que as instituições ofereçam espaços de formação profissional e aprendizagem para lidar com essa doença tão imprevisível.

Dejours (2012) nos aponta que todo processo de trabalho é um processo de gestão entre o prescrito pela organização de trabalho e o trabalho real que, de fato, convoca o sujeito a se mobilizar. Nesse sentido, apesar da sempre insuficiência das prescrições, elas se apresentam como necessárias para conferir ao trabalhador uma base, a partir da qual poderá desenvolver seu trabalho. A formação, e conseqüentemente os treinamentos, são possíveis espaços para repasse e discussão dessas prescrições no trabalho.

Observamos nos dados que, quando questionados se haviam recebido algum tipo de treinamento para atuar na pandemia, 51,4% afirmaram que não e 48,6% afirmaram que sim. Daqueles que disseram terem tido acesso a treinamentos (51,4%), maior quantidade sinalizou que os treinamentos acessados não foram suficientes (24,8%), seja via instituição em que trabalham (27,1%), curso *on-line* (25,5%), plataforma do Ministério da Saúde (19,3%), entre outros. Alguns respondentes tiveram treinamento por mais de uma via, isto é, houve a possibilidade de ser

através da instituição em que trabalham e via plataforma do Ministério, por exemplo.

Em termos de seus conteúdos, visualizou-se a predominância do manejo de EPI (45,4%), procedimentos e protocolos específicos para a covid-19 (38,5%), relação com os pacientes (17,9%) e familiares (9,6%). Havia a possibilidade de marcar mais de uma alternativa dentro do questionário.

Observou-se que os profissionais que receberam treinamento para atuar no combate à covid-19 responderam mais frequentemente que realizam um trabalho inseguro por falta de formação específica ($X^2 = 13,989$; valor-p = 0,000), destacando-se, contudo, profissões como a dos agentes comunitários de saúde (ACS), onde o cruzamento com ser agente de saúde significou o não acesso a ações de treinamento ($X^2 = 14,418$; valor-p = 0,000). Ainda, tratou-se de uma categoria profissional onde predominou a identificação de um trabalho inseguro por falta de formação específica ($X^2 = 18,770$; valor-p = 0,000). Profissionais de outras profissões, como a dos técnicos de enfermagem, também acreditam realizar um trabalho arriscado e perigoso ($X^2 = 5,030$; valor-p = 0,025).

Dados coletados qualitativamente nos fornecem uma base para compreender mais profundamente esses treinamentos. Dentre os aspectos levantados pelos trabalhadores em torno dos treinamentos, observa-se que

os respondentes esclarecem que os treinamentos a que tiveram acesso foram breves e vagos, como observa a fala a seguir: “Não houve tempo devido à urgência da situação, o treinamento foi muito rápido e incompleto” (Participante 4).

Outro aspecto explicitado foi a insuficiência desses, por serem incompletos, desatualizados e muitas vezes à distância:

Treinamento apenas virtual, particularmente não me dou bem com essa metodologia de ensino. (Participante 19).

Porque vejo a necessidade de reciclagem frequente, para reduzir as chances de erros e uma possível descontinuidade nos cuidados. (Participante 24).

Há respostas que dão destaque à necessidade de uma educação continuada para os profissionais de saúde, bem como por maior presença de orientadores que visassem auxiliá-los durante a prática:

Necessitamos de educação continuada e não apenas cursos pontuais visando a abertura de leitos. [...] Precisávamos ter monitor ou orientador com a gente nas atividades diárias para nos auxiliarem e tirar dúvidas, pois é na prática que se desenvolve a técnica. Infelizmente não tivemos orientador, aprendemos na marra, cada um deu seus pulos para estudar e aperfeiçoar. (Participante 06)

Estudos reforçam a importância e a função assumida de treinamentos para profissionais de saúde, seja em

termos de paramentação e desparamentação (ASSUNÇÃO *et al.*, 2020; ALMEIDA, 2020), de práticas de controle de contaminação (RIBEIRO *et al.*, 2020), de transmissão de informações acerca da natureza da doença (ALMEIDA, 2020) e das normas vigentes de manejo e tratamento de casos de contágio e adoecimento pela covid-19 (CNS, 2020). Um documento da Organização Pan-Americana da Saúde aborda a questão como um direito, papel e responsabilidade desses profissionais (OPAS, 2020).

Ao mesmo tempo, pôde-se observar que número considerável de profissionais não teve acesso a treinamentos, e dentro dos que tiveram, parte relata insatisfação embasada principalmente em seu conteúdo e forma. Esta pesquisa mostra como o não acesso a ações de treinamento e de formação específica pode acentuar a percepção de se estar realizando um trabalho inseguro.

De todo modo, considerando a predominância de ações focadas no manuseio e descarte de EPI, é preciso estar atento ao fato de que, embora sua importância seja inquestionada, necessita-se evidenciar sua insuficiência para proteger totalmente a esses profissionais, precisando também de ações a nível coletivo, estrutural (de engenharia, administrativas e organizacionais), comunitário e de políticas públicas, a exemplo das políticas de saúde do trabalhador (ASSUNÇÃO *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Não somente, também de ações voltadas ao cuidado em saúde mental para profissionais de saúde e pacientes, considerada uma prioridade (CNS, 2020), à gestão do trabalho com foco na sobrecarga que o contexto de pandemia produz, e que compreendam e transmitam a constante evolução do que se conhece acerca do vírus, sendo necessário atenção às novas situações de trabalho que os trabalhadores precisam enfrentar ao colocar em execução a resposta de seu serviço à pandemia (ALMEIDA, 2020; CNS, 2020).

Uso de EPI e a contaminação: riscos do trabalhar na linha de frente

A temática da segurança no trabalho vem à tona durante o período pandêmico com uma nova roupagem à medida que essa realidade se apresenta com rapidez e os profissionais precisam se proteger de contaminações em seu ambiente de trabalho.

Quanto ao fornecimento e recebimento de EPIs, observou-se que os maiores índices de EPIs oferecidos aos profissionais foram máscaras cirúrgicas (85,3%), luvas de procedimento (84,9%) e capote/avental (81,2%). Também houve menção ao fornecimento de outros tipos de EPIs, como se pode observar na Tabela a seguir.

Tabela 01 – Distribuição dos EPIs

EPIs disponibilizados	N	%
Máscara cirúrgica	186	85,3
Luva de processamento	185	84,9
Capote/avental	177	81,2
Gorro/touca/propé descartável	182	83,5
Máscara N95/PFF2	169	77,5
Proteção ocular/facial	161	73,9
Necessário providenciar os próprios EPIs	27	12,4
Necessário improvisar os próprios EPIs	16	7,3
Outro	12	5,5

Fonte: Autores da Pesquisa (2021)

Contudo, destaca-se o fato de que 12,4% dos trabalhadores que participaram desta pesquisa afirmaram ser necessário providenciar os próprios EPIs, e 7,3%, improvisá-los.

Sobre as avaliações dos profissionais acerca da suficiência e manutenção dos equipamentos, observou-se que 52,8% afirmaram que tais equipamentos fornecidos

eram suficientes, contudo, 47,2% relataram sua insuficiência, por diversos motivos, conforme descritos na Tabela 02.

Tabela 02 – Características das condições insuficientes de manutenção dos EPIs

Condições insuficientes de manutenção dos equipamentos	N	%
Necessidade de utilização dos equipamentos por mais tempo que a recomendação	66	30,3
Receber poucos equipamentos	65	29,8
Solicitação de economia dos equipamentos	59	27,1
Receber equipamentos de qualidade inferior ao necessário	52	23,9
Outros	05	2,3

Fonte: Autores da Pesquisa (2021)

Ou seja, apesar de haver um percentual de mais de 50% de respondentes que avaliaram os EPIs como suficientes, observa-se também que quase 50% da amostra afirmaram a sua insuficiência, em virtude da qualidade, quantidade ou mesmo da necessidade de ter de economizar equipamentos, usando-os por mais tempo do que o recomendado.

Além disso, 29,95% dos respondentes desta pesquisa afirmaram ter sido contaminados pelo SARS-CoV-2, o que se apresenta como um dado considerável de contaminação entre esses trabalhadores.

Ao averiguar sobre o manejo de EPIs e sua relação com o risco de contaminação, percebeu-se que aproximadamente 21% dos trabalhadores relataram sempre utilizá-los, mas que deixaram de utilizar em alguma ocasião por motivo de causarem incômodo ou algum desconforto. Destaca-se que, mesmo com valor estatístico superior ao limiar para atestar significância ($X^2 = 1,364$; valor- $p = 0,162$), é preciso evidenciar os indícios de que a retirada dos equipamentos pode influenciar o número de profissionais que atestaram terem sido contaminados.

Com posteriores estudos e averiguações, tais resultados podem apontar para uma compreensão de que, com o uso contínuo do EPI, há uma diminuição na contaminação, e que a interrupção de seu uso, seja por incômodo ou outros fatores, pode levar a maior contaminação entre os trabalhadores de saúde.

Alguns recortes textuais evidenciaram temas relativos aos riscos no ambiente de trabalho. Para ilustração, o recorte a seguir explora aspectos que podem influenciar um aumento do risco de exposição ao vírus responsável pela covid-19, bem como suas consequências para além dos espaços de atenção aos pacientes, como os ambientes familiares.

EPIs inadequados e de qualidade duvidosa quanto à proteção; a falta de coletividade no processo de trabalho da equipe e a negação de seguir as normas para evitar a contaminação deixava os profissionais

expostos à covid; e o medo das manifestações clínicas no organismo caso fosse contaminada pela covid e a possibilidade de transmitir para os familiares (Participante 76)

São dados que corroboram com os estudos de Moreira; de Lucca (2020) e Soares *et al.* (2020), que apontam para a escassez de EPIs como fator de risco para uma maior contaminação de profissionais de saúde, reforçando a indispensabilidade de sua utilização. Os autores destacam a importância do gerenciamento desses materiais, bem como incentivam o seu uso adequado, propondo, também, se pensar em maneiras que possibilitem a diminuição da necessidade de seu uso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tínhamos como objetivo deste capítulo trazer à tona a discussão sobre a realização de treinamentos, a saúde e a segurança no trabalho para os trabalhadores que compuseram a linha de frente no combate à covid-19, a nível de Nordeste. De modo geral, observamos uma insuficiência no que se refere ao oferecimento de treinamentos formais para atuar na pandemia, assim como na qualidade ou quantidade de EPIs.

Em meio a essa lacuna entre o trabalho real e as condições oferecidas para o desenvolvimento do mesmo,

os trabalhadores se reinventam, buscando formas de gerir as ausências por parte das prescrições. Tanto no que se refere aos cursos oferecidos, quanto aos equipamentos, identificamos uma parcela de trabalhadores que foi atrás dos recursos que possibilitassem a concretização de um trabalho satisfatório e seguro, na medida do possível. Para tanto, destacam a improvisação de equipamentos de proteção individuais, a compra dos mesmos em algumas situações; assim como a importância dos colegas de trabalho no sentido de dar suporte a esse aprendizado que era indispensável no enfrentamento à covid-19.

Como eles mesmos afirmam, tiveram que aprender “na marra”, expressão tipicamente nordestina, que evidencia esse movimento de construção de estratégias individuais e coletivas para lidar com a imprevisibilidade que a pandemia lhes colocou. Eles não tinham a opção de não aprender. E essa mobilização é reflexo direto do que Dejours denomina por saúde: essa atividade por parte dos trabalhadores, esse engajamento, a despeito das insuficiências relacionadas às condições e organização do trabalho.

Ainda, compreendendo que o não acesso a treinamentos e formação específica pode significar insegurança e despreparo em relação às diversas práticas profissionais dentro do âmbito de saúde, caracterizam-se possíveis situações de sofrimento, onde a tarefa – aquilo que

deve ser atingido, o modo operatório – é dificultada pelo que é posto pelo real, os impedimentos e constrangimentos que são identificados, especialmente em contexto de covid-19, que é desafiador pela sua natureza incerta e por vezes desconhecida.

Sabe-se que a prática desses profissionais constantemente se deparam com esses incidentes e imprevistos, onde eles utilizam de sua inteligência astuciosa para sobrepujar o que é da esfera do que deve ser realizado, executando da forma como é possível.

É nesse sentido que os respondentes destacam a necessidade de um orientador que os acompanhe e dialogue com os trabalhadores, para além de somente treiná-los, o que sublinha a relevância que o autor fornece ao coletivo, pois cooperação só é possível com o engajamento dos indivíduos nos conflitos e debates de ordem coletiva, quando estes tornam-se riscos.

Necessário aqui evidenciarmos que se mostra urgente a mobilização por parte da gestão em saúde, no contexto público, no sentido de estruturar políticas de formação e cuidado em saúde de maneira continuada para que esses trabalhadores e trabalhadoras possam realizar seu trabalho sem que o sentimento de risco e insegurança seja tão predominante entre eles.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, I. M. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de covid-19 e respostas à pandemia. In: **Rev. Bras. Saúde. Ocup.**, vol. 45, e. 17, 2020.
- ANELLI, F. *et al.* Italian doctors call for protecting healthcare workers and boosting community surveillance during covid-19 outbreak. In: **BMJ**, v. 368, m1254, p. 1-2, 2020.
- ASSUNÇÃO, A. A. *et al.* Limite na implantação dos equipamentos de proteção individuais recomendados aos profissionais da saúde. In: **Ciências da Saúde**, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. **Nota Técnica N° 04/2020/GVIMS/GGTES/ANVISA**. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-technicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf. Acesso em: 18 Jun 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 20, de 07 de abril de 2020**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1103-recomendacao-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020>. Acesso em: 18 Jun 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é a covid-19?**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>. Acesso em: 18 Jun 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em: 18 Jun 2021.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. In: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, n. 54, v. 14, p. 7-11, 1986.
- DEJOURS, C. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCAMAN, Selma; SNELWAR, Laerte (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Brasília: Paralelo 15/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

DEJOURS, C. **Trabalho vivo**: trabalho e emancipação. Brasília: Paralelo 15, 2012.

DEJOURS, C.; BARROS, J. O.; LANCMAN, S. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. In: **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, 27(2), p. 228-35, 2016.

LANA, R. M. *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 1-5, 2020.

LIPSITCH, M; SWERDLOW, D; FINELLI, L. Defining the epidemiology of covid-19: studies needed. In: **The New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 382, n. 13, p. 1194-1196, 2020.

MÁXIMO, T. A. C. O *et al.* **Relatório técnico parcial**: julho/2020 a fevereiro/2021: relatório técnico. João Pessoa, 2021.

OLIVEIRA, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter a covid-19. In: **Epidemiol. Serv. Saúde**, 29(2), Brasília, 2020.

RIBEIRO, A. P. *et al.* Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia da covid-19: revisão de literatura. In: **Rev. Bras. Saúde. Ocup.**, vol. 45, e. 25, 2020.

ROMERO, L. C. P.; DELDUQUE, M. C. O Congresso Nacional e as emergências de saúde pública. In: **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 240-255, 2017.

SILVA, L. S. *et al.* Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da covid-19 entre trabalhadores da saúde. In: **Rev. Bras. Saúde. Ocup.**, vol. 45, e. 24, 2020.

SOARES, S. S. S. *et al.* Pandemia de covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual. In: **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, 2020.

SCHWARTZ, J.; KING, C.; YEN, M. Protecting healthcare workers during the coronavirus disease 2019 (covid-19) outbreak: lessons from Taiwan's Severe Acute Respiratory Syndrome Response. In: **Clinical Infectious Diseases**, Nova Iorque, p. 1-3, 2020.

MOREIRA, A. S.; DE LUCCA, S. R. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate ao COVID-19. In: **Enfermagem Em Foco**, v. 11, n. 1., p. 155-161, 2020.

ZHANG, Z. *et al.* Protecting healthcare personal from 2019-nCoV infection risks: lessons and suggestion. In: **Frontiers of Medicine**, v. 14, n. 2, p 229-231, 2020.

WANG, C. *et al.* Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (covid-19) epidemic among the general population in China. In: **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, 2020



AUTORES E AUTORAS

» **Anísio José da Silva Araújo**

Psicólogo, mestre em Administração/UFPB, Doutor em Ciências/FIOCRUZ, Professor do Departamento de Psicologia da UFPB e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social – PPGPS/UFPB

» **Carmen Verônica Barbosa Almeida**

Doutora em Psicologia Social. Psicóloga do CEREST Regional João Pessoa/PB.

» **Erivaldo Lopes De Souza**

Técnico do Laboratório de Análise do Trabalho do Departamento de Engenharia de Produção da UFPB.

» **Fernando Tomasina**

Professor Titular del Departamento de Salud Ocupacional. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay. Doctor en Medicina. Especialista en Salud Ocupacional. Udelar.

» **Jaciara dos Santos Silva**

Bacharela e Mestra em Serviço Social pela UFPB. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPB e Assistente Social do CEREST Regional de João Pessoa/PB.

» **Jennifer Oliveira Amaro dos Santos**

Psicóloga, Mestra e Doutora em Psicologia pela UFPB.

» **Joacil Venâncio da Silva**

Assistente Social (Nível E) da Universidade Federal da Paraíba.

» **Kleber José da Silva**

Assistente Social. Mestre em Serviço Social. Especialista em Epidemiologia em Saúde do Trabalhador. Diretor do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador - João Pessoa/PB/DVS/SMSJP

» **Laura Verbena Alves de Braz Coutinho**

Psicóloga/UFPB, mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ.

» **Luciana Batista de Oliveira Cantalice**

Pós-doutora pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora adjunta do Departamento de Serviço Social da UFPB, professora colaboradora do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFRN.

» **Luiz Bueno da Silva**

Professor do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas da Universidade Federal da Paraíba UFPB.

» **Maiully Bernardo Mendonça**

Psicóloga formada pela Universidade Federal da Paraíba.

» **Margarida Barreto**

Médica do Trabalho. Doutora em Psicologia Social - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Falecida em 03/03/2022, foi uma das principais referências nos estudos e na luta contra o assédio moral no Brasil.

» **Maria Beatriz Franco de Medeiros**

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Integrante do Grupo de Pesquisa Subjetividade e Trabalho (GPST).

» **María Noel Close**

Profesora Adjunta del Departamento de Salud Ocupacional.

Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Doctora en Psicología. Université de Paris. Além de grande amigo, foi o principal parceiro de trabalho da Dra. Margarida Barreto.

» **Nívia Cristiane Pereira da Silva**

Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Professora do Departamento de Serviço Social da UFPB.

» **Paulo César Zambroni-de-Souza**

Psicólogo, mestre e doutor em Psicologia. Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pesquisador nível 2 do CNPq.

» **Poliana Dantas da Nóbrega**

Psicóloga, mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Estadual da Paraíba.

» **Roberto Heloani**

Bacharel em Ciências Jurídicas e Psicólogo. Professor Livre Docente e Titular na Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Pesquisador e professor na Fundação Getúlio Vargas (FGV-SP). Docente conveniado a Université Paris X, Nanterre.

» **Rúbia Célis Pereira Dias de Lima**

Bacharela em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

» **Tatiana de Lucena Torres**

Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), pós-doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Professora de Psicologia na Universidade

Federal da Paraíba, membro do Grupo de Pesquisa Subjetividade e Trabalho.

» **Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo**

Professora permanente do Programa de pós graduação em Psicologia Social da UFPB. Pós doutora pela UFMG, doutora e mestre em Psicologia Social pela UFPB. Vice líder do grupo de pesquisa em Subjetividade e trabalho (GPST).

» **Valéria Nicolau de Sousa**

Psicóloga. Mestra em Psicologia Social (UFPB). Doutoranda em Psicologia Social (UFPB). Integrante do Grupo de Pesquisa Subjetividade e Trabalho (GPST-UFPB).

» **Wesley Jordan Pereira da Silva**

Graduando em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestrando pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Faz parte dos grupos de pesquisa Núcleo de Pesquisas e Estudos Sobre a Infância e a

Adolescência (NUPEDIA) e Grupo de Pesquisa Subjetividade e Trabalho (GPST).

» **Wilza Karla dos Santos Leite**

Fisioterapeuta, Mestre em Engenharia de Produção e Doutora em Psicologia Social pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social/UFPB. Atualmente é preceptora do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Amapá.



Este livro foi diagramado pela Editora
da UFPB em Setembro de 2023, utilizando
a fonte Myriad Pro e Acumin Variable Concept .

