

RBSO

Vol.33 • nº 117
jan/jun 2008

Dossiê:

Saúde dos trabalhadores da Saúde

Health workers' health

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva
Ministro do Trabalho e Emprego
Carlos Lupi

FUNDACENTRO

Presidente
Jurandir Boia

Diretor Executivo
Jorge Magdaleno

Diretor Técnico
Jófilo Moreira Lima Júnior

Diretor de Administração e Finanças
Paulo José de Souza Almeida Cavalcante

MINISTÉRIO
DO TRABALHO E EMPREGO



FUNDACENTRO
FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO
DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

www.fundacentro.gov.br

Editores Científicos

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

Editores Associados

José Prado Alves Filho – Fundacentro, São Paulo-SP
Mina Kato – Fundacentro, Salvador-BA
Rose Aylce de Oliveira Leite – Fundacentro,
Florianópolis-SC

Editor Executivo

Eduardo Garcia Garcia – Fundacentro, São Paulo-SP

Editor do dossiê temático

José Marçal Jackson Filho – Fundacentro, Rio de Janeiro-RJ

Conselho Editorial

Ada Ávila Assunção – UFMG, Belo Horizonte-MG
Carlos Minayo Gomez – Fiocruz, Rio de Janeiro-RJ
Dalila Andrade de Oliveira – UFMG, Belo Horizonte-MG
Francisco de Paula Antunes Lima – UFMG, Belo Horizonte-MG
Ildeberto Muniz de Almeida – Unesp, Botucatu-SP
Leny Sato – USP, São Paulo-SP
Maria Elisa Pereira Bastos Siqueira – Unifal, Alfenas-MG
Mário César Ferreira – UnB, Brasília-DF
Raquel Maria Rigotto – UFC, Fortaleza-CE
Regina Heloisa Mattei de Oliveira Maciel – UECE, Fortaleza-CE
Renato Rocha Lieber – Unesp, Guaratinguetá-SP
Selma Borghi Venco – Unicamp, Campinas-SP
Vilma Sousa Santana – UFBA, Salvador-BA
Victor Wünsch Filho – USP, São Paulo-SP

Secretaria Executiva

Elena Elisabeth Riederer – coordenação e revisão de inglês
Mina Kato – revisão de inglês
Rúbia Rosa Gomes Veríssimo – apoio administrativo
Camilla de Castro Araujo da Costa – estagiária

Equipe de produção gráfica

Elisabeth Rossi – coordenação
Gláucia Fernandes – criação capa, design capa e miolo
Jaqueline Talita da Silva – estagiária de Letras
Karina Penariol Sanches – revisão de texto
Marcos Rogeri – impressão gráfica

Normalização

Sérgio Cosmano
Alda Melânia César
Maria Aparecida Giovanelli - supervisão

Indexação

- CIS/ILO - International Occupational Safety and Health Information Centre/International Labor Organization
- LATINDEX - Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
- REPIDISCA/BVSDE - Red Panamericana de Información en Salud Ambiental/Biblioteca Virtual en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental

Copyright

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

www.fundacentro.gov.br/rbso

Política Editorial

A RBSO é o periódico científico da Fundacentro, publicado desde 1973. Com frequência semestral, destina-se à difusão de artigos originais de pesquisas sobre Saúde e Segurança no Trabalho (SST) cujo conteúdo venha a contribuir para o entendimento e a melhoria das condições de trabalho, para a prevenção de acidentes e doenças do trabalho e para subsidiar a discussão e a definição de políticas públicas relacionadas ao tema.

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

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

O título abreviado da revista é Rev. bras. Saúde ocup., forma que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

Sumário

- Editorial 4 **Considerações sobre o tema “Saúde dos Trabalhadores da Saúde” e breve apresentação**
José Marçal Jackson Filho
- Artigos do dossiê 6 **Tuberculose em trabalhadores de Enfermagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional**
Ricardo Luiz Lorenzi, Ivone Martini de Oliveira
- 15 **Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características**
Ana Carolina Hungria Xavier, Carla Regina Veiga Barcelos, Jaqueline Peixoto Lopes, Priscila Gandarela Chamarelli, Sarah de Souza Ribeiro, Luciene da Silva Lacerda, Marisa Palacios
- 23 **O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação**
Ana Cláudia Barbosa da Silva, Milton Athayde
- 36 **O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos**
Tatiana Ramminger, Jussara Cruz de Brito
- Artigos livres 50 **A estratégia de “redução” e a carga de trabalho dos coletores de lixo domiciliar de uma grande cidade: estudo de caso baseado na Análise Ergonômica do Trabalho**
Renata Campos Vasconcelos, Francisco de Paula Antunes Lima, Ana Carolina Medeiros da Silveira Abreu, Raquel Christine Ribeiro Silva, João Alberto Camarotto, Edmar Pires Murta
- 60 **Condução de ações em Saúde e Segurança do Trabalho em pequenas e médias empresas: análise de três casos**
Denise da Conceição da Costa, Nilton Luiz Menegon
- Comunicação breve 72 **Efeito *booster* na prova tuberculínica em um hospital universitário de Mato Grosso do Sul**
Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira, Michael Robin Honer, Anamaria Mello Miranda Paniago, Eliana Setti Aguiar, Rivaldo Venâncio da Cunha

Contents

<i>Considerations on the theme “Health workers’ health” and a short presentation</i>	4	Editorial
José Marçal Jackson Filho		
<i>Tuberculosis in nursing personnel – a population based epidemiological approach</i>	6	Dossier articles
Ricardo Luiz Lorenzi, Ivone Martini de Oliveira		
<i>Workplace moral harassment in Rio de Janeiro health sector – some characteristics</i>	15	
Ana Carolina Hungria Xavier, Carla Regina Veiga Barcelos, Jaqueline Peixoto Lopes, Priscila Gandarela Chamarelli, Sarah de Souza Ribeiro, Luciene da Silva Lacerda, Marisa Palacios		
<i>The Family Health Program from the point of view of activity. Analysing relationships among work processes, health, and subjectivation</i>	23	
Ana Cláudia Barbosa da Silva, Milton Athayde		
<i>Mental health work: a preliminary analysis of public service workers’ health</i>	36	
Tatiana Ramminger, Jussara Cruz de Brito		
<i>The “reduction” strategy and the workload of a big city garbage collectors. A case study based on Ergonomic Work Analysis</i>	50	Free articles
Renata Campos Vasconcelos, Francisco de Paula Antunes Lima, Ana Carolina Medeiros da Silveira Abreu, Raquel Christine Ribeiro Silva, João Alberto Camarotto, Edmar Pires Murta		
<i>Three case studies on Health and Safety actions in small and medium size enterprises</i>	60	
Denise da Conceição da Costa, Nilton Luiz Menegon		
<i>Booster effect on tuberculin skin tests at a university hospital in Mato Grosso do Sul</i>	72	Short communication
Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira, Michael Robin Honer, Anamaria Mello Miranda Paniago, Eliana Setti Aguiar, Rivaldo Venâncio da Cunha		

Considerações sobre o tema “Saúde dos Trabalhadores da Saúde” e breve apresentação

José Marçal Jackson Filho¹

Considerations on the theme “Health workers’ health” and a short presentation

¹ Editor científico

A Saúde dos Trabalhadores da Saúde (STS) é tema de extrema relevância que passa a ser reconhecido socialmente no Brasil sem que, todavia, tenha despertado de forma significativa o olhar dos atores sociais envolvidos e das diversas instâncias de gestão dos serviços.

De um lado, o Estado defende a necessidade de concentrar esforços para a “humanização da assistência”: alguns programas, como a Saúde da Família e a Saúde mental, representam esse esforço público de melhorar a assistência. De outro, a “humanização” tem sido habitualmente entendida de forma restrita, sem contemplar devidamente a influência do ambiente e das relações de trabalho na qualidade dos cuidados prestados aos usuários dos serviços.

Como os agravos à STS podem constituir-se em fator de impedimento para o funcionamento dos programas e serviços para promover a saúde da população, conhecê-los e compreender sua relação com o trabalho de atenção e cuidados é algo fundamental.

Seu surgimento pode estar associado a vários fatores: a natureza do trabalho e os riscos presentes nas situações de trabalho, as condições de execução do trabalho, os modos de organização e de gestão dos serviços e a implementação de programas públicos.

Os estudos contidos neste número abordam aspectos desta problemática em alguns segmentos de trabalhadores da saúde.

Lorenzi e Oliveira investigam a prevalência de tuberculose em enfermeiros, utilizando base de dados do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Com base em dados do EPI-TB (banco de dados do Programa de Controle de Tuberculose de São Paulo), os autores mostram que enfermeiros pertencentes à faixa etária de 20 a 29 anos apresentam risco maior de tuberculose-doença do que o da população de referência (paulistana) para o ano de 2004.

Xavier et al. abordam a magnitude do fenômeno do assédio moral no setor saúde do Rio de Janeiro a partir de uma pesquisa realizada em 2001. Os autores caracterizam agressores, agredidos, as reações das vítimas e fatores contribuintes para sua ocorrência. Diante do grande número de trabalhadores vítimas de assédio e da “invisibilidade do problema”, sugerem novas pesquisas a fim de tornar-se visível o fenômeno e de fomentar medidas de controle nos ambientes de trabalho.

Silva e Athaíde analisam a atividade de trabalhadores de unidade básica pertencente ao Programa de Saúde da Família. A despeito das lacunas existentes nas prescrições do programa, os autores mostram o papel dos trabalhadores na redefinição da “ação pública” a fim de assegurar maior eficácia na atenção à população.

Ramminger e Brito propõem reflexão sobre a relação entre saúde e trabalho de servidores públicos que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Abordam a problemática da saúde dos trabalhadores da saúde mental, buscando colocar a experiência dos trabalhadores no centro da análise da relação entre saúde e trabalho. Mostram que os trabalhadores sofrem diante dos impedimentos para atender os pacientes e diante das próprias exigências da Reforma Psiquiátrica.

Da leitura destes textos, um aspecto essencial merece destaque tanto do ponto de vista prático, quanto científico. O trabalho dos servidores da saúde tem papel central no funcionamento e na implementação dos programas públicos (JEANNOT, G. *Les métiers flous. Travail et action publique*. Toulouse: Octarès Éditions, 2005.), isto é, surge como enigma para ser revelado pela comunidade científica, que se preocupa com a situação dos trabalhadores que, para promover a saúde da população, colocam em risco sua própria saúde (JACKSON, M.; BARCELOS, M. A. *Entre a qualidade na promoção à saúde e a manutenção da própria saúde: as contradições do trabalho das agentes comunitárias de saúde do Posto de Saúde do Boehmerwaldt – Programa de Saúde da Família, Joinville. Relatório de pesquisa. Fundacentro/SC, Florianópolis, 1999*). Compreendê-lo é passo fundamental para melhorar os processos de trabalho em saúde, que surgem como garantia da “humanização da atenção” (SOUZA, M. S.; MOREIRA M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 327-38, 2008).

Mais dois artigos e uma comunicação breve formam este número. Vasconcelos et al., ao estudar o trabalho dos coletores de lixo de Belo Horizonte, mostram as estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores para serem mais eficazes e para diminuir o risco de acidentes. Costa e Menegon analisam a introdução da Saúde e Segurança do Trabalho em duas pequenas e em uma média empresa no Estado de São Paulo. Oliveira et al. realizam estudos com o objetivo de conhecer a taxa de efeito *booster* (usado na triagem tuberculínica) em uma população de profissionais de saúde de um hospital universitário de Mato Grosso do Sul.

Este número da RBSO apresenta-se, assim, em novo formato, contendo trabalhos do dossiê sobre o tema “Saúde dos Trabalhadores da Saúde”, além de artigos submetidos ao fluxo contínuo da revista, conforme sugestão do Conselho Editorial da Revista.

Esperamos, dessa forma, continuar a contribuir com o avanço do campo da Saúde e Segurança do Trabalho.

Boa leitura!

Ricardo Luiz Lorenzi¹
Ivone Martini de Oliveira²

Tuberculose em trabalhadores de Enfermagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional

Tuberculosis in nursing personnel – a population based epidemiological approach

¹ Coordenação de Vigilância em Saúde de São Paulo (Covisa-SMS-SP). Subgerência de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

² Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP) e Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho (Anent).

Contato:

Ricardo Luiz Lorenzi
Rua Santa Isabel, 181 - Vila Buarque
- São Paulo
CEP: 01221-010
E-mail:
rlorenzi@usp.br

Resumo

Introdução: O risco de tuberculose em trabalhadores de saúde tem suscitado crescente interesse na sociedade e entre pesquisadores dos países desenvolvidos. No Brasil, porém, persistem lacunas de conhecimento e de ação prática sobre os aspectos epidemiológicos do problema. Este deve ser investigado em detalhe, para que melhor se embasem e apliquem as normas e regulamentos sanitários e de segurança, como é o caso da NR-32. **Métodos:** Com base em dados do EPI-TB (banco de dados do Programa de Controle de Tuberculose de São Paulo), os autores constroem estimativas de risco para o coletivo de enfermagem, para 2004, usando a razão de incidências padronizada e tendo a população paulistana como referência. Descrevem o tipo de estabelecimento empregador com base em dados do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – Coren-SP. **Resultados:** Aproximadamente 90% dos casos registrados pelo instrumento de notificação do EPI-TB tiveram sua ocupação confirmada no Coren-SP. A faixa de 20 a 29 anos apresentou um risco maior de tuberculose-doença entre enfermeiros que o da população de referência. Entre auxiliares de enfermagem, observou-se risco aumentado na faixa de 15 a 19 anos. **Conclusões:** O coletivo de enfermagem pode ser tomado como categoria-índice da tuberculose nosocomial e o monitoramento desta considerado exequível desde que sejam introduzidas modificações no instrumento de notificação. São abordadas possíveis implicações de ações articuladas entre diferentes atores institucionais na prevenção e controle do agravo, discutindo-se a necessidade de superação de práticas anacrônicas de Vigilância em Saúde.

Palavras-chaves: tuberculose / epidemiologia, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância sanitária de serviços de saúde, enfermagem.

Abstract

Introduction: The risk of tuberculosis in health-care workers has brought growing concerns to society and researchers from developed countries. In Brazil there is still a gap between epidemiological knowledge and know-how in this field. This problem requires a more detailed investigation to give support and to provide better application to occupational safety and health regulations, such as the Regulatory Act called “NR-32”. **Methods:** Using Sao Paulo Tuberculosis Program database “EPI-TB” and calculating the Standardized Incidence Ratio, the authors estimated nursing personnel risks. The reference for the study was the population in the city of Sao Paulo in the year 2004. Employers’ profiles are described according to health-care facility status, based upon the state of Sao Paulo Nursing Council - Coren’s database. **Results:** Approximately 90% of cases registered by the EPI-TB notification instrument had their occupation validated by Coren’s database. The 20-29 age interval showed an increased risk among nurses when compared to the reference population. Among 15 to 19 year-old nurses’ aides there was also an increase of risk. **Conclusions:** Nursing personnel may be considered as a nosocomial tuberculosis index category, and monitoring nosocomial TB seems to be feasible since changes are provided in the notification instrument of this disease. The study has tackled possible implications of articulated actions between different institutional actors on prevention and control of tuberculosis, and it discusses ways to overcome current anachronisms in Health Surveillance practices.

Keywords: tuberculosis / epidemiology, surveillance of the workers health, health surveillance of health services, nursery.

Recebido: 31/08/2007
Revisado: 21/07/2008
Aprovado: 11/08/2008

Introdução

A informação quantitativa sobre riscos ocupacionais na América Latina é escassa e possui sérias limitações. Mesmo quando os trabalhadores estão cobertos por um sistema de notificação, a identificação precária das doenças ocupacionais e os aspectos burocráticos desses sistemas levantam questões sobre sua validade e acurácia (BUVINIC; GIUFFRIDA; GLASSMAN, 2003).

No Brasil, até recentemente, apenas estatísticas de CAT³ serviam de base para construção de indicadores e planejamento, com a séria limitação de incluir basicamente apenas os acidentes de trabalho (e alguns outros agravos) em trabalhadores formais. Com a recente instituição da notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador no Sinan⁴, ampliou-se a cobertura destes para além dos acidentes e do setor formal da economia. Entretanto, o sistema ainda cobre um elenco limitado dos agravos que podem ser relacionados ao trabalho e se ressentem da dificuldade que os serviços demonstram em identificar essa relação e notificá-la. Nesse contexto, emerge uma questão: o que interessa à saúde do trabalhador que possa escapar aos sistemas CAT e Sinan?

A tuberculose (TB) se constitui num sério problema de saúde no Brasil, bem como em outros países em desenvolvimento, e pode ser considerada doença relacionada ao trabalho para o segmento de trabalhadores em atividades que propiciam contato direto com produtos contaminados ou com doentes bacilíferos (BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2001). Há dificuldade em se determinar o risco ocupacional relacionado com a tuberculose em países em desenvolvimento por falta de dados sobre a incidência da doença em profissionais de saúde, existência de elevada prevalência de infecção tuberculosa e doença na população geral, uso disseminado da vacina com o Bacilo Calmette-Guerin (BCG) e dificuldade de obtenção de dados sobre a prevalência de infecção pelo HIV em profissionais de saúde. Há poucos trabalhos investigando essa associação no Brasil, em sua maior parte, estudos acadêmicos (FRANCO; ZANETTA, 2004). Outrossim, as doenças respiratórias relacionadas ao trabalho não estão suficientemente contempladas nas bases de dados construídas com propósitos de vigilância epidemiológica (BAGATIN et al., 2006).

A incidência de tuberculose entre trabalhadores de saúde, em particular os de enfermagem, tem sido objeto de muitos estudos nos países industrializados devido às exposições múltiplas a que estão sujeitos esses profissionais ao bacilo de Koch e à emergência de formas resistentes da doença às drogas (KRÜNER

et al., 2001). Diferentemente, porém, de problemas de saúde do trabalhador, tais como exposição a agentes químicos ou poeiras, a verossimilhança da exposição ocupacional à tuberculose possui uma íntima relação com o risco de tuberculose na comunidade circunvizinha ao *Estabelecimento de Assistência à Saúde* (EAS). Esse aspecto torna de particular importância o conhecimento dos perfis epidemiológicos da doença na comunidade e nos trabalhadores do setor e das relações entre ambos para a sua prevenção e controle. Ou seja, para a efetivação plena de normas e regulamentos sanitários, concorrem, também, o conhecimento da estrutura epidemiológica das doenças relacionadas e da dinâmica daquelas relações.

No Município de São Paulo, iniciou-se um processo de discussão sobre os aspectos ocupacionais que envolvem a TB e a necessidade de se avaliar a exposição ocupacional e a adequação dos ambientes de trabalho em serviços de saúde, sob a vigência da Norma Regulamentadora NR-32 (BRASIL, 2005). Assim, em 2005 foi realizado um levantamento exploratório da incidência de TB entre trabalhadores da saúde, sobre o banco de dados EPI-TB (LORENZI; ANDRADE-SILVA, 2005). Este mostrou em números absolutos a participação expressiva das categorias de enfermagem no conjunto de trabalhadores da saúde notificados. A partir de então, buscaram-se os elementos necessários para essa análise descritiva. A aproximação entre as instituições envolvidas (Anent, Covisa, Coren e CVE-Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo) foi buscada com base nas competências das mesmas, no pressuposto de complementaridade das ações em diferentes níveis de atuação no Sistema Único de Saúde e na cooperação técnica que as mesmas podiam prover ao projeto.

Os objetivos deste trabalho foram: apresentar a incidência de tuberculose (todas as formas) entre trabalhadores de enfermagem do município de São Paulo, comparando-a com a da população geral no ano de 2004; estimar seu risco de TB-doença; descrever o indivíduo notificado segundo o local de trabalho (tipo de EAS onde trabalha); discutir as implicações e os possíveis desdobramentos de ações articuladas de vigilância na vigência da NR-32, frente aos aspectos epidemiológicos desse agravo.

Material e métodos

Fonte de dados

a) EPI-TB (CVE-SP) - banco de dados dos pacientes residentes na cidade de São Paulo;

³ Comunicação de Acidentes do Trabalho.

⁴ Sistema Nacional de Agravos de Notificação.

b) Cadastro de profissionais inscritos no Coren-SP.

Crêterios de inclusão

Foram considerados registros válidos de profissionais com inscri es vigentes no Coren-SP até 2004 e residentes na capital. Os denominadores populacionais atenderam   mesma lógica.

Constru o dos coeficientes

Os da popula o geral foram calculados sobre estimativa populacional do IBGE. Para o cáculo dos coeficientes da popula o de enfermagem, foram selecionados os casos novos referentes a todas as formas clínicas de tuberculose incidentes no ano de 2004. Esses casos de interesse foram identificados no EPI-TB por meio de recorte dos campos "tipo de ocupa o" e "ocupa o" e confirmados no Coren, que também forneceu os denominadores da popula o sob risco, em 2004, por faixa etária. Cada trabalhador cadastrado foi considerado como exposto pelo período de um ano. Dado o pequeno número de atendentes e técnicos, estes foram agrupados em conjunto com os auxiliares.

Os coeficientes por grupo etário da popula o de referência foram comparados graficamente com os da popula o de estudo. As curvas de incidência foram suavizadas no Excel[®]. Admitiu-se a incidência de TB nesses trabalhadores como variável operacional (*proxy*) da incidência ocupacional (nosocomial) na popula o estudada. Os valores de referência figuram na Tabela 1.

Padroniza o dos coeficientes

Feita através de técnica indireta, calculando-se a Razão de Incidências Padronizada (*Standardized Incidence Ratio*) por categoria profissional (enfermeiro,

técnico e auxiliar), tomando a popula o do município como a de referência. Construiu-se o intervalo de confiança de 95% para a SIR, para cada categoria, segundo a distribui o de Poisson.

Tipos de EAS's empregadores

Foram construídas quatro categorias de vínculos: *s  público*, assinalado quando o trabalhador possuía um ou mais vínculos, mas todos públicos; *s  privado*, quando possuía um ou mais vínculos, mas todos privados; *s  universitário*, quando só era informado vínculo com institui o universitária; e de *múltiplo tipo*, quando havia mescla entre os tipos. A identifica o dos empregadores também foi obtida no Coren, que registra essa informa o referida e atualizada pelos próprios profissionais inscritos. Não foi possível investigar os vínculos empregatícios de seis casos no banco do Coren, levantados no Epi-TB *a posteriori*.

Aspectos  ticos

A identifica o dos trabalhadores no Coren obedeceu a preceitos  ticos, com a identifica o do indivíduo reservada ao propósito de levantamento epidemiológico e nenhum contato foi estabelecido entre os pesquisadores e os casos.

Resultados

Os casos confirmados (quanto   ocupa o) por busca no cadastro do Coren figuram na Tabela 2.

Os coeficientes de incidência, por 100.000 hab., foram: 114 para enfermeiros; 65 para técnicos; 75 para auxiliares; 61 para a popula o geral. As Razões de Incidências Padronizadas figuram nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 1 Coeficientes de incidência de tuberculose (todas as formas, ambos os sexos), por 100 mil habitantes. Município de São Paulo, 2004

<i>Faixa etária</i>	<i>n� casos</i>	<i>Popula�o</i>	<i>Coef. incid.</i>
00 a 04	102	916.420	11,1
05 a 09	73	861.559	8,5
10 a 14	93	921.254	10,1
15 a 19	399	1.030.410	38,7
20 a 29	1649	2.041.313	80,8
30 a 39	1539	1.761.226	87,4
40 a 49	1271	1.397.106	91,0
50 a 59	780	880.791	88,6
60 ou +	632	994.787	63,5
Total *	6572	10.804.867	60,8

Fonte: SMS-SP- Covisa /CCD (EpiTb - residentes)

* Calculado com o acréscimo de 34 indivíduos de idades ignoradas.

Tabela 2 Índice de confirmação *ocupacional* dos casos de TB notificados (*todas as formas, ambos os sexos*) no cadastro do Coren-SP. Município de São Paulo, 2004

<i>Categoria</i>	<i>Registrados no Epi-TB</i>	<i>Confirmados no Coren-SP</i>	<i>Confirmação ocupacional (%)</i>
Enfermeiros	14	14 (15 [*])	100,0
Técnicos	4	1 (3 ^{**})	25,0
Auxiliares	44	38	86,4
Atendentes	3	1	33,3
Total	65	54 (57 ^{***})	83,1 (87,7 ^{***})

* Acrescidos de um registro de técnico de enfermagem verificado como de enfermeiro.

** Acrescidos de dois registros de auxiliar verificados como de técnicos.

*** Incluídos registros transpostos de categorias.

Tabela 3 Razão de incidências padronizadas (SIR) de TB (*todas as formas, ambos os sexos*) em auxiliares de enfermagem. Município de São Paulo, 2004

<i>Idade</i>	<i>Observado (O)</i>	<i>Esperado (E)</i>	<i>SIR% (O/E)x100</i>	<i>SIR% [IC 95%]</i>	
15 a 19	1	0.0012	86082.7 [*]	2179	479621
20 a 29	6	5.8615	102.4	38	223
30 a 39	11	13.4429	81.8	41	146
40 a 49	10	13.6033	73.5	35	135
50 a 59	8	9.1302	87.6	38	173
60 ou +	3	2.5825	116.2	24	339
Total	39	44.6216	87.4	62	119

* $p < 0,01$

Tabela 4 Razão de incidências padronizadas (SIR) de TB (*todas as formas, ambos os sexos*) em enfermeira(o)s. Município de São Paulo, 2004

<i>Idade</i>	<i>Observado (O)</i>	<i>Esperado (E)</i>	<i>SIR% (O/E)x100</i>	<i>SIR% [IC 95%]</i>	
20 a 29	5	1.3070	382.5 [*]	124	893
30 a 39	4	3.3773	118.4	32	303
40 a 49	5	4.3677	114.5	37	267
50 a 59	1	1.9075	52.4	1	292
60 ou +	0	0.4892	0.0	0	754+
Total	15	11.4487	131.0	73	216

* $p < 0,05$

A faixa etária de maior incidência bruta para enfermeiros foi a de 20 a 29 anos e para auxiliares as maiores incidências foram sobre as faixas de 30 a 39 e de 40 a 49 anos (Gráfico 1).

Quanto aos tipos de EAS empregadores, para 25% dos casos havia informação de vínculo de

trabalho em serviços de saúde universitários (Gráfico 2).

No Gráfico 3, estão comparados os coeficientes de incidência da população em geral e de enfermeiras, por grupo etário, em intervalos decenais.

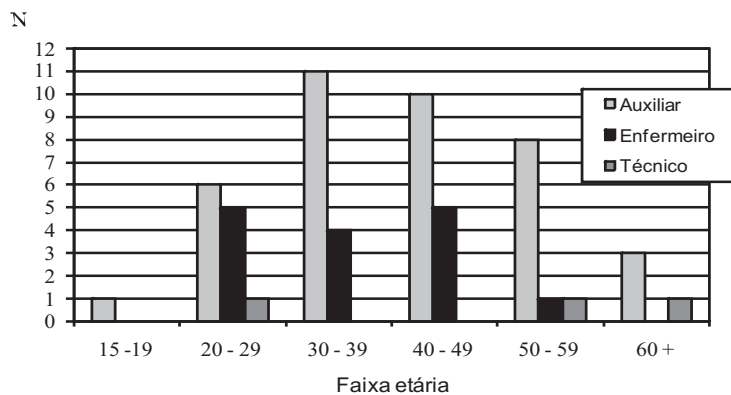


Gráfico 1 Distribuição etária dos casos incidentes de Tb em profissionais de enfermagem, segundo categoria de inscrição no Coren, São Paulo, 2004

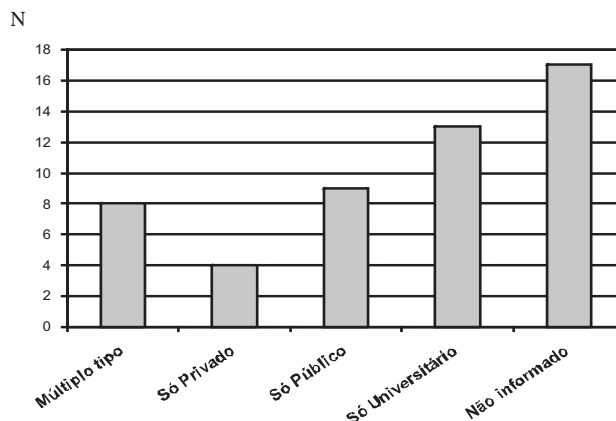


Gráfico 2 Tipo de estabelecimento de Assistência à Saúde empregador informado ao Coren-SP

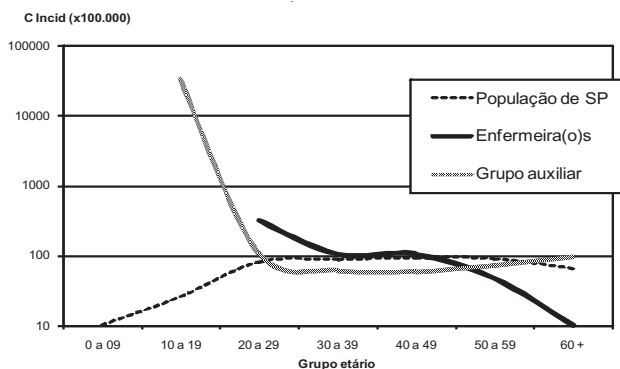


Gráfico 3 Coeficientes de incidência de Tb específicos por grupo etário. Município de São Paulo, 2004

Discussão

Na Tabela 2, observa-se um índice elevado de confirmação ocupacional dos casos, revelando boa especificidade dessa informação no EPI-TB, na população estudada. Esse aspecto pode estar relacionado com o perfil de formação dos técnicos envolvidos em ações de vigilância epidemiológica no município, muitos dos quais da área de enfermagem. Por essa lógica, os casos notificados de pessoal de enfermagem tenderiam a ser mais bem registrados e investigados. Mas, considerando o estigma que a doença ainda carrega, é oportuno indagar se o diagnóstico e o fato de ser trabalhador da saúde não inibem a declaração de ocupação pelo doente no momento da notificação. Nesse caso, ocorreria alguma perda de sensibilidade para essa informação, equivalendo a uma “subnotificação” no campo ocupacional.

Analisando a distribuição dos casos por tipo de empregador, verificam-se vários tipos de arranjos: público+privado, privado+universitário etc. Ressalte-se que, dos casos de vínculo informado, 38% se referem a trabalhadores que atuam em hospitais universitários, o que leva a supor que nesses espaços o problema da TB ocupacional é no mínimo de dimensões semelhantes aos de outros EAS. É preciso, porém, olhar com cautela para a alta proporção de indivíduos que não informaram seus vínculos (33%); estes poderiam, em tese, alterar o perfil.

Um maior número de vínculos empregatícios está associado a uma tendência de deterioração da remuneração; verifica-se, sobre a base da RAIS⁵, que 32% dos enfermeiros, 26% dos auxiliares e 23% dos atendentes de enfermagem possuíam dois ou mais vínculos em 2001, no Brasil (DEDECCA et al., 2004). Em acréscimo, esses trabalhadores têm um perfil predominantemente feminino, o que os expõe, em sua maioria, a uma tripla jornada de trabalho (uma constituída pelo trabalho no lar). A participação feminina nesse mercado formal era, em 1995, de 88,2% entre os enfermeiros, 86,5% entre os atendentes de enfermagem e 86,1% entre os auxiliares (GIRARDI; CARVALHO, 2003). Logo, para um grande contingente desses trabalhadores, longos períodos de trabalho são uma constante, agravada por longas distâncias entre domicílios e locais de trabalho que muitos destes enfrentam. Nesse cenário, é lícito admitir que aumente sua suscetibilidade frente ao desgaste bio-psíquico envolvido no trabalho, no deslocamento (trajetos) e na exposição à crescente precarização das relações de trabalho.

Identificou-se um excesso significativo de casos de TB no grupo etário mais jovem de enfermeiras e de auxiliares comparado com a população geral. Esse achado alerta sobre a necessidade de medidas mais efetivas de controle da doença no início da vida pro-

fissional. O perfil etário da incidência se assemelha ao encontrado por Raitio, Henenius e Tala (2003) em trabalhadores de enfermagem finlandeses: a faixa de 20 a 39 anos apresenta uma magnitude nitidamente superior à de 40 a 59 anos. O risco que esses trabalhadores mais jovens experimentam pode estar relacionado mais a variáveis comportamentais (permanecer mais tempo em contato com o paciente, por exemplo) do que a um componente biológico. Uma exposição aumentada no início da atividade profissional é esperada em razão de cargas de trabalho maiores e de inexperiência. A implicação sobre a saúde do trabalhador é evidente: aspectos da formação desses profissionais devem ser examinados com vistas à prevenção do contágio. No entanto, parece-nos mais importante enfatizar outras questões, em geral menosprezadas. No contexto de deterioração dos serviços de saúde públicos, a adequação dos ambientes de trabalho é urgente. Ela deve comportar tanto medidas efetivas de engenharia quanto de organização do trabalho que visem ao controle da exposição ao *M. tuberculosis* no ambiente de trabalho. Penteado (1999) examinou criticamente esses problemas em hospital universitário usando a análise ergonômica como método. Seus achados apontam claramente para a inadequação do ambiente e da organização do trabalho existentes. Entre outros fatores, ocorrem: desproporção entre a área física e o número de leitos; falta de definição de fluxo de ventilação/exaustão nas dependências do serviço; falta de delimitação e adequação do dimensionamento de espaços internos da enfermaria para realização de procedimentos específicos; funcionamento precário do sistema de exaustão e inexistência de filtro HEPA.

Em nosso trabalho, os resultados revelam risco aumentado de adoecer por TB, em relação à população geral, apenas nos grupos etários mais jovens. Esse fato não contradiz, mas antes, reforça o amplo reconhecimento do papel determinante que a exposição ocupacional cumpre nesse adoecimento. Um viés poderia ter ocorrido ao não se computar os profissionais da cidade inscritos em outros conselhos estaduais de enfermagem (essa situação é possível nos casos de processos de transferência de registro em tramitação). Assim, as estimativas para o coletivo de enfermagem que atua nesse município poderiam atenuar a real magnitude do risco desse grupo. Dados da literatura dão suporte ao referido nexos epidemiológico em vários países, industrializados ou em desenvolvimento. Em países em desenvolvimento mostraram-se riscos maiores de adquirir tuberculose-doença em trabalhadores de enfermagem do que na população em geral (TAKEDA; ROBAZZI; LAVRADOR, 2001; KILINC et al., 2002). O risco de tuberculose-infecção também foi investigado, chegando-se a resultados semelhantes (BETANCOUR et al., 2003). No Brasil, considerando a alta morbidade na comunidade e principalmente o

⁵ Relatório Anual de Informações Sociais.

processo de pauperização que atinge parcela desses trabalhadores, a hipótese de contato domiciliar é plausível. Tal possibilidade não invalida a análise presente, pois mesmo nessa perspectiva sugere-se excesso de risco; coloca-se, ademais, outro papel reservado ao trabalho, dessa vez não como determinante biológico, mas como social. Assim, a ocupação representaria um nível diferente e mais complexo de determinação do que aqueles que ocupam as variáveis biológicas, tais como referidas em modelos mais reducionistas.

Uma vantagem da abordagem apresentada diz respeito às limitações em se trabalhar com as medidas de exposição (risco-infecção), por envolverem muitos fatores que variam de um local para outro. Mesmo em países desenvolvidos, onde há recursos para pesquisas desse tipo, sobrevêm essas dificuldades, uma vez que a complexidade dos fatores envolvidos impede de prever diretamente a exposição ao *M. tuberculosis* (FIELD, 2001). A pesquisa de preditores individuais implica na oferta de serviços diagnósticos de qualidade, o que não é uma tarefa simples frente a uma população heterogênea, sobretudo quanto ao tipo de vínculo empregatício, se público ou privado. Esses aspectos elucidam a necessidade de se apropriar de métodos e técnicas condizentes com a realidade estudada, para os fins específicos a que se destinam. Nosso propósito, diferentemente daquele de pesquisa etiológica, foi o de estimar uma medida que forneça condição concreta de análise desse risco no setor saúde, a partir de dados já disponíveis. Em um serviço de referência em TB, ou em uma comunidade de alta prevalência da doença, esse indicador equivale a um diagnóstico coletivo direto. Pode ser de grande interesse para o gestor saber o quanto de sua população trabalhadora está em risco de adoecer e o quanto de esforços de controle do agente infeccioso no meio irá requerer esse adoecimento. Pode ser-lhe de menor utilidade saber se determinado indivíduo *x* ou *y* adquiriu a doença por via da exposição ocupacional, configurando “nexo” (objeto de preocupação da Seguridade Social e da Medicina do Trabalho). O foco de suas preocupações, no primeiro caso, estará, portanto, deslocado do indivíduo para o grupo e da clínica para a epidemiologia; enquanto no segundo ocorre o inverso (ênfase no indivíduo). Espera-se que a medida aqui apresentada ampare técnicos e autoridades sanitárias na tomada de suas decisões.

Comentários e perspectivas

A experiência acumulada em serviços na vigilância e controle da TB facilita a identificação de grupos populacionais em maior risco, dentre os quais os trabalhadores do setor saúde. Esse potencial de uso dos dados epidemiológicos de serviços poderá ser mais bem explorado pela área de Saúde do Trabalhador, mediante a versão *Web* do Epi-TB, em São

Paulo. É preciso, porém, que se aprimore a qualidade da informação ocupacional coletada no instrumento epidemiológico, para que esta possa balizar não só a investigação do caso, mas também a dos ambientes de trabalho. Para tanto, ela deve incorporar pelo menos dois campos: um para identificar a empresa empregadora e o outro para o local de trabalho, onde se registraria o endereço / bairro (o ideal seria inserir o número de campos necessário para se cobrir os múltiplos vínculos de trabalho existentes nesse setor). Assim, obter-se-iam informações para ações integradas de vigilância em saúde desde o nível local (Unidades de Vigilância em Saúde) em suas interfaces com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH's) e com os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SEESMT's). Esse movimento exige a descentralização e horizontalização das ações de vigilância e aderência dos atores envolvidos ao diálogo interinstitucional mediante uma lógica de trabalho complementar e integradora que prevaleça sobre visões estanques e fragmentadoras. Esforços dessa natureza devem ser empreendidos sistematicamente e sob fiança de um compromisso ético com a resolutividade das ações sanitárias.

Os EAS devem ser espaços seguros para o coletivo de trabalhadores e usuários e não apenas locais de cuidados diagnósticos e terapêuticos dirigidos a indivíduos doentes. Nesse sentido, a Vigilância em Saúde do Trabalhador também deve exercer um papel educativo, sensibilizando e capacitando os atores para as melhores práticas institucionais possíveis na proteção da saúde de seus trabalhadores. Acrescente-se que a edição de normas e protocolos técnicos, em caráter complementar aos já existentes, é uma das prerrogativas estratégicas do SUS no município de São Paulo, como atribuição conferida pelo Código Sanitário Municipal.

Como setor regulado pela Vigilância em Saúde, é preciso reconhecer dificuldades de natureza política no setor saúde, quanto à implementação de uma proposta interinstitucional de controle e prevenção. Estas se relacionam aos aspectos legais de competências, ao corporativismo, às assimetrias institucionais e aos conflitos de interesse. Há registro de problemas semelhantes em outros países: nos EUA, por exemplo, os governos estaduais possuem diferentes graus de autoridade reguladora sobre os EAS, complicando a divisão de responsabilidades técnicas e as políticas sanitárias (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2005).

Concluimos que a experiência descrita pode ser reproduzida com baixo nível de complexidade e custo em um município como o de São Paulo, onde a vigilância em saúde possui uma razoável estrutura e onde o contingente populacional de trabalhadores em saúde justifica ações de maior envergadura. Reunindo as evidências do levantamento exploratório de 2004 referido anteriormente, as da literatura especializada e as do presente trabalho, algumas indicações

podem ser sinalizadas. A primeira, de que o estudo-piloto aqui apresentado também se presta a um exercício de articulação intrasetorial, esta última sempre interessante à saúde pública, mas que por vezes mostra-se insuficiente ou fugaz. A segunda, de que julgamos ser de importância crucial a análise sistemática dos dados de TB em trabalhadores de saúde para se obter uma série histórica relevante e um quadro mais completo e confiável dessa morbidade. Por fim, acorde o mesmo referencial, de que a incidência de TB em profissionais de enfermagem, pela magnitude de taxas e números absolutos, quando comparados aos de

outras categorias de saúde, permite assumir esse grupo como categoria-índice da TB nosocomial. Ainda que refinamentos nos desenhos de estudo possam ser necessários para análises mais acuradas, a exequibilidade deste já aponta para a utilidade da abordagem, no monitoramento da TB ocupacional. Em tempos de NR-32, o uso de ferramenta epidemiológica pode e certamente deverá subsidiar a formulação de estratégias de enfrentamento da morbidade do trabalhador de saúde. E, analogamente, de medidas de gestão de risco em EAS.

Agradecimentos

À Centro de Processamento de Dados do Coren, pela colaboração;

Ào grupo técnico CCD-PCT / Covisa, em particular, Dr^a Sumie Matai Figueiredo, pela cessão dos dados do EPI-TB municipal e esclarecimentos pertinentes;

À Rossana Véronica Mendoza López (FSP-USP), pela revisão estatística;

Às Dr^{as} Laedi Alves Rodrigues dos Santos e Vera Maria Neder Galesi (CVE-SP), pelo encorajamento da proposta e pelas sugestões apresentadas;

Aos colegas da Vigilância em Saúde do Trabalhador / Covisa, especialmente Dr. Luiz Martins Júnior e Dr. José Luis Andrade-Silva, pelos comentários críticos e sugestões;

À Dr^a Magda Andreotti (Vigilância em Saúde do Trabalhador / Covisa), pelo incentivo permanente e pelos apoios institucional e pessoal.

Referências

BAGATIIN, E.; ANTÃO, V. C. S.; PINHEIRO, G. A. Vigilância epidemiológica e doenças ocupacionais respiratórias. *J. bras. pneumol.*, Brasília, v. 32, p. S1-S4, maio 2006. Suplemento 2.

BETANCOUR, C. A. et al. Riesgo de infección en el trabajador de la salud - Medellín 2001-2002. *Acta Méd. Colombiana*, Bogotá, v. 28, n. 3, p. 108-111, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Doenças infecciosas e parasitárias relacionadas ao trabalho. In: *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 59-64.

BRASIL. Portaria MTE nº 485 de 11 de novembro de 2005. Norma regulamentadora segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde – NR 32. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 16 nov. 2005. Seção 1. Disponível em: <http://sbbq.iq.usp.br/arquivos/seguranca/portaria485.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2007.

BUVINIC, M.; GIUFFRIDA, A. A.; GLASSMAN, A. Gender inequality in work, health, and income. In: HEYMANN, J. *Global inequalities at work*. New York: Oxford University Press, 2003. p. 200-202.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guidelines for the investigation of

contacts of persons with infectious tuberculosis. United States: *MMWR*, v. 54, n. RR-15, p. 49-55, 2005.

DEDECCA, C. S. et al. Dimensão ocupacional do setor de atendimento à saúde no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14., 2004, Minas Gerais. *Anais eletrônicos...* Minas Gerais: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2004. Disponível em: http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=433&nivel=3. Acesso em: 15 jul. 2007.

FIELD, M. J. (Ed.). *Tuberculosis in the workplace*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/10045.html>. Acesso em: 15 jul. 2007.

FRANCO, C.; ZANETTA, D. M. T. Tuberculose em profissionais de saúde: medidas institucionais de prevenção e controle. *Arq. Ciênc. Saúde*, v. 11, n. 4, p. 244-252, out./dez. 2004.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. *Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/areas_det.cfm?id_doc=163&id_area=4. Acesso em: 15 jul. 2007.

KILINC, O. et al. Risk of tuberculosis among healthcare workers: can tuberculosis be considered as an occupational disease? *Respir. Med.*, England, v. 96, n. 7, p. 506-510, July 2002.

KRÜÜNER, A. et al. Tuberculosis as an occupational hazard for health care workers in Estonia. *Int. J. Tuberc. Lung. Dis.*, Paris, v. 5, n. 2, p. 170-176, feb. 2001.

LORENZI, R. L.; ANDRADE-SILVA, J. L. Avaliação da exposição ocupacional à tuberculose em profissionais de saúde no Município de São Paulo, em 2004. *Saúde e Soc.*, São Paulo, v. 14, supl. 1, p. 276-277, 2005.

PENTEADO, E. V. B. F. *Tuberculose no ambiente hospitalar: uma questão da saúde do trabalhador.*

1999. 135 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <http://portaldes.cict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/penteadevbfm/capa.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2007.

RAITIO, M.; HELENIUS, H.; TALA, E. Is the risk of the occupational tuberculosis higher for young health care workers? *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*, v. 7, n. 6, p. 556-562, June 2003.

TAKEDA, E.; ROBAZZI, M. L. C. C.; LAVRADOR, M. A. S. Risco ocupacional de adquirir tuberculose entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. *Rev. bras. Enferm.*, Brasília, v. 54, n. 3, p. 456-465, 2001.

Ana Carolina Hungria Xavier¹
Carla Regina Veiga Barcelos¹
Jaqueline Peixoto Lopes¹
Priscila Gandarela Chamarelli¹
Sarah de Souza Ribeiro¹
Luciene da Silva Lacerda²
Marisa Palacios²

Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características

Workplace moral harassment in Rio de Janeiro health sector – some characteristics

¹ Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

² Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Contato:

Marisa Palacios
Rua Conde de Baependi, 59/702
Rio de Janeiro-RJ
CEP: 22231-140
E-mail:
marisa.palacios@globocom

Apoio financeiro:

Organização Internacional do Trabalho

Resumo

Este artigo objetiva analisar a magnitude e algumas características do fenômeno do assédio moral no trabalho no setor saúde do Rio de Janeiro. Foram analisados dados de pesquisa desenvolvida em 2001 como parte do programa “Violência no Trabalho no Setor Saúde”, resultantes de um inquérito anônimo. Para constituir o banco para análise, foram selecionados todos os casos (1.569) e as variáveis relacionadas ao assédio moral.

O grupo profissional que teve maior proporção de vítimas de assédio moral foi o de auxiliar de enfermagem (22,7%). Colegas, supervisores ou administradores compuseram o mais importante grupo de agressores (48,7%). A reação psicológica mais prevalente foi “permanecer supervigilante”. Embora 38,5% das vítimas tenham relatado a violência a superiores, 20% relataram ter sido tomada alguma providência. Os autores concluem que mais pesquisas e medidas de vigilância devem ser realizadas no Brasil para assegurar a visibilidade desse tipo de violência. Além disso, ressaltam a necessidade de implementar medidas institucionais de controle da violência no trabalho e de estimular estudos que enfatizem o manejo institucional desse tipo de violência.

Palavras-chaves: assédio moral, condições de trabalho, violência, trabalho, saúde do trabalhador.

Abstract

This article aims at analyzing the magnitude and some characteristics of the workplace moral harassment phenomenon in Rio de Janeiro health sector. Data from a randomized anonymous survey research developed in 2001 as part of the Program “Workplace Violence in the Health Sector” was analyzed. All cases (1569) and their variables related to moral harassment were selected for the bank analysis. The professional group of nurses’ aides presented the highest proportion of moral harassment victims (22.7%) and the most frequent perpetrators were co-workers, supervisors and managers (48.7%). The victims’ most frequent psychological reaction was “becoming super-alert”. Although part of them (38.5%) reported to their bosses they had been morally harrassed, only 20% of them had an action taken. In order to evidence this kind of violence in Brazil, the authors suggest increasing research and surveillance. They also emphasize the need to implement institutional measures to control violence at work and studies that will stimulate the institutional management of this kind of violence.

Keywords: moral harassment, mobbing, working conditions, violence, work, occupational health.

Recebido: 06/08/07
Revisado: 31/01/08
Aprovado: 03/03/08

Introdução

Violência no trabalho é definida como incidentes em que o trabalhador sofre abuso, ameaça ou ataque em circunstâncias relacionadas ao seu trabalho, inclusive no trajeto de ida e volta ao mesmo, envolvendo ameaça explícita ou implícita para sua segurança, bem-estar ou saúde (ILO; ICN; WHO; PSI, 2002). A violência no trabalho, segundo esse documento, foi classificada como violência física, definida como o uso de força física contra outra pessoa ou grupo, que resulta em malefício físico, sexual ou psicológico, e violência psicológica, expressa pelo uso intencional do poder, incluindo ameaça de força física contra outra pessoa ou grupo, que pode resultar em malefício para o desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social, apresentando quatro subtipos: *agressão verbal*, *assédio moral*, *assédio sexual* e *discriminação racial*.

No âmbito do programa “Violência no Trabalho no Setor Saúde”, empreendido pela Organização Internacional do Trabalho, pelo Conselho Internacional de Enfermagem, pela Organização Mundial da Saúde e pela Internacional de Serviços Públicos, foi realizada uma pesquisa no Rio de Janeiro em 2002. Essa pesquisa apontou que, do total de trabalhadores de saúde analisados, 46,7% informaram ter sofrido pelo menos uma agressão no último ano. Tomando todos os trabalhadores, 6,4% informaram ter sofrido agressão física, 39,5% agressão verbal, 15,2% assédio moral, 5,7% assédio sexual e 5,3% discriminação racial no último ano (PALÁCIOS et al., 2002). Esse estudo foi pioneiro e mostrou a magnitude do fenômeno da violência no trabalho no Brasil.

Neste trabalho, nosso foco central é o assédio moral, uma vez que é um tipo de violência que tem participação majoritária de colegas e chefes como perpetradores, alta prevalência e graves conseqüências para os trabalhadores assediados e para o ambiente de trabalho (PALÁCIOS et al., 2002). Ele foi definido neste estudo como comportamento ofensivo, humilhante, que desqualifica ou desmoraliza, repetido e em excesso, através de ataques vingativos, cruéis e maliciosos, que objetiva rebaixar um indivíduo ou grupo de trabalhadoras/es.

O primeiro estudo sobre o fenômeno “assédio moral” foi conduzido nos anos 1980 pelo sueco Heinz Leymann, que o denominou *mobbing*:

[...] como o fenômeno no qual uma pessoa ou grupo de pessoas exerce violência psicológica extrema, de forma sistemática e recorrente e durante um tempo prolongado [...] sobre outra pessoa no local de trabalho, com a finalidade de destruir as redes de comunicação da vítima ou vítimas, destruir sua reputação, perturbar a execução de seu trabalho e conseguir, finalmente, que essa pessoa ou pessoas acabem abandonando o local de trabalho. (LEYMANN, 1990 apud GUIMARÃES; RIMOLI, 2006, p. 184)

Esse mesmo fenômeno tem sido descrito em todo o mundo com terminologia diversa. Em linhas gerais, cada país adotou um termo para referir-se ao fenômeno: na Suécia e na Inglaterra, *mobbing*, nos EUA, *bullying* e *harassment*; na Espanha, *psicoterror* ou *acoso moral*; na França, *harcèlement moral*, no Japão, *Ijim* e no Brasil, assédio moral (SCANFONE; TEODÓSIO, 2004).

No Brasil, o conceito de assédio moral no trabalho começa a ganhar as páginas das revistas de grande circulação fora do meio acadêmico a partir do lançamento do livro de Hirigoyen (2000), que discute o assédio moral na família e no trabalho. Define-o como:

[...] uma conduta abusiva (gestos, palavras, comportamentos, atitudes...) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, pondo em perigo sua posição de trabalho ou deteriorando o ambiente de trabalho. (p. 13)

Essa autora tipifica o assédio moral em: assédio vertical descendente, parte do superior para o subordinado; assédio horizontal, parte de colegas do mesmo nível hierárquico na empresa, sendo mais frequentemente encontrado quando dois empregados disputam o mesmo cargo ou uma promoção; assédio misto, por mais de um tipo de assediador, descendente, horizontal, ascendente; assédio ascendente, por um ou mais subordinados a um superior. No Brasil, pesquisa pioneira realizada por Barreto (2000) constatou que 42% dos trabalhadores entrevistados foram vítimas de assédio moral nas empresas. Essa autora definiu assédio moral como:

[...] uma exposição dos trabalhadores e trabalhadoras a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções, sendo mais comuns em relações hierárquicas autoritárias e assimétricas, em que predominam condutas negativas, relações desumanas e éticas de longa duração, de um ou mais chefes dirigida a um ou mais subordinado(s), desestabilizando a relação da vítima com o ambiente de trabalho e a organização, forçando-o a desistir do emprego. (BARRETO, 2004)

O assédio moral no ambiente organizacional se apresenta de forma variada, podendo ter como conseqüências sobre os trabalhadores desde acidentes físicos a sofrimentos psíquicos. Assediados podem apresentar desânimo, cansaço, ansiedade, estresse, tendência suicida, insegurança, vergonha e hipersensibilidade. Para as organizações, o assédio pode causar baixa produtividade, diminuição de benefícios, maiores custos de seleção e formação de pessoal substituto; para o governo, acarreta gastos com a saúde do trabalhador (OIT, 2000).

O objetivo deste estudo é caracterizar o assédio moral no setor saúde do Rio de Janeiro no que diz respeito às vítimas, aos agressores, ao grau de satisfação e incômodo.

Materiais e métodos

Os dados da pesquisa foram levantados por meio de um inquérito confidencial com questionário padronizado, respondido por 1.569 profissionais de saúde, na cidade do Rio de Janeiro.

Para o cálculo e a distribuição da amostra, foram utilizados dados da pesquisa sobre Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 1999, realizada pelo IBGE (1999). Foi utilizado um processo de amostragem em três tempos. Inicialmente, os estabelecimentos de saúde foram estratificados em oito grupos, segundo as seguintes características: com ou sem internação; gerais ou especializados; públicos ou privados. De cada grupo foram selecionadas algumas unidades de saúde típicas, de acordo com o consenso da equipe: um hospital universitário; um hospital geral federal; um hospital de emergência (3 unidades de saúde com internação); 2 hospitais públicos especializados; 2 centros de saúde municipais e um posto de saúde comunitário (3 estabelecimentos públicos sem internação); 3 unidades privadas com internação; 2 estabelecimentos privados especializados com internação; 1 estabelecimento de saúde especializado sem internação; unidades ambulatoriais privadas. Foram incluídas quatro equipes de ambulância do corpo de bombeiros.

No segundo tempo, para cada grupo de estabelecimentos, foi calculado, de acordo com os dados da AMS do IBGE (1999), o número de trabalhadores da saúde, estratificados em três grupos de acordo com o nível de qualificação: universitário, técnico ou elementar e administrativo. Como resultado desta etapa, foi elaborada a distribuição por estabelecimento do quantitativo de profissionais de cada estrato.

No terceiro estágio, foi feita a distribuição da amostra da seguinte maneira: de cada estabelecimento, foi recebida uma lista de trabalhadores, incluindo o local onde eles trabalhavam e a categoria profissional, independentemente do vínculo de trabalho com a instituição; em cada estrato de nível de qualificação foram calculados os números de representantes de cada categoria profissional, proporcional a sua distribuição na unidade de saúde, garantindo que todos os cargos, setores e categorias profissionais fossem contemplados. Em cada estabelecimento de saúde, os entrevistadores seguiram os seguintes procedimentos:

1 - distribuição, para todos os trabalhadores, de carta explicativa dos objetivos da pesquisa, todos os seus procedimentos, relevância, riscos e benefícios;

2 - negociação com a direção do estabelecimento de local e horário para realização das entrevistas;

3 - não foi solicitada a assinatura de termo de consentimento, uma vez que havia tanto na carta distribuída, quanto na folha de rosto do questionário uma explicação detalhada da pesquisa e uma garantia de compromisso da equipe quanto à confidencialidade dos dados e quanto ao retorno dos dados para os sujei-

tos da pesquisa (admitiu-se que a assinatura do termo iria identificar os respondentes);

4 - após garantir que o trabalhador tivesse lido a carta distribuída e a folha de rosto do questionário, ele era solicitado a preencher o formulário caso concordasse em participar. O entrevistador aguardava, então, a seu lado ou lia o questionário quando solicitado pelo trabalhador.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do IESC-UFRJ e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), uma vez que se tratava de um estudo multicêntrico.

O instrumento

O questionário era auto-aplicável, composto por perguntas com opções fechadas de respostas e possuía cinco divisões: bloco A, com perguntas sobre dados pessoais (sociodemográficos); B, violência física no local de trabalho; C, violência psicológica, que se subdivide em: C I, agressão verbal; C II, intimidação/assédio moral; C III, assédio sexual; e C IV, discriminação racial; D, contendo perguntas sobre medidas para lidar com a violência no local de trabalho; e E, sobre opinião do indivíduo sobre o local de trabalho, que, diferentemente do restante do questionário, possuía três perguntas abertas.

Neste artigo, somente serão trabalhados os dados relativos ao assédio moral e a algumas variáveis demográficas, como sexo e qualificação profissional. Inicialmente, é preciso esclarecer que ter sido vítima de assédio moral é uma informação obtida através de uma pergunta direta ao sujeito da pesquisa, que informa sim ou não. A partir dessa informação, o sujeito era solicitado a responder um conjunto de perguntas para caracterização das condições em que ocorreu o assédio dos agressores, de suas reações e conseqüências. No presente artigo, selecionamos os dados dos 1.425 trabalhadores que responderam ao bloco C II (intimidação/assédio moral) do questionário.

Limites

É importante destacar que, embora a amostra tenha sido selecionada segundo os critérios expostos acima, garantindo a representação da população de profissionais de saúde lotados na cidade do Rio de Janeiro, o número limitado de estabelecimentos pode ter introduzido algum viés.

Resultados e Discussão

A magnitude do fenômeno e sua invisibilidade

Dos 1.425 trabalhadores que responderam à sub-divisão CII do questionário sobre o assédio moral, 963

eram mulheres e 462 eram homens. Das 963 mulheres, 16,2% responderam já ter sido vítima de assédio moral, e dos 462 homens, 18,0% deram uma resposta afirmativa a essa questão.

Cezar e Marziale (2006), estudando a violência entre trabalhadores de saúde em uma emergência, sem considerar o tipo de violência, encontraram associação entre violência e sexo semelhante aos achados do estudo aqui apresentado, constatando que homens (92,3%) sofreram mais violência ocupacional que mulheres (85,7%). Esses dados, como observam os autores, contrariam uma expectativa formada a partir dos estudos de violência em geral, que apontam para uma maior vulnerabilidade das mulheres à violência. Note-se que, no referido estudo, a frequência de vítimas de violência é muito maior, tendo em vista que esses autores trabalharam com todo tipo de violência e ainda não se restringiram ao último ano, como em nosso estudo.

Uma pergunta que pode ser feita é se a maior prevalência de violência entre os homens se deve ao fato de, nos estabelecimentos de saúde, os homens serem minoria. O que se ajustaria à idéia de que a violência tem como substrato fundamental a negação do outro, seu não reconhecimento, o que é freqüentemente relacionado às minorias (étnicas, de gênero etc.) objeto de discriminação.

Outra pergunta é se a medida de frequência por toda vida seria superior à encontrada em nossa pesquisa, ocultando assim, ainda mais, parte da magnitude desse fenômeno. Embora os números sejam bastante significativos, não há registro oficial, seja em termos de vigilância em saúde do trabalhador, seja na área de gerência de pessoal. O assédio moral é uma epidemia invisível. Essa invisibilidade traz como consequência a não mobilização de recursos de todas as naturezas para o combate à violência e a adoção de medidas de prevenção. O que acontece com o assédio moral é que a consequência sobre a saúde mental,

como demonstram vários estudos, especialmente o de Soboll (2007), é de tal ordem que pode marcar negativamente e de maneira definitiva a vida laboral ou mesmo toda a vida de relação da pessoa assediada, o que faz com que medidas de prevenção sejam necessárias e urgentes.

Quem são os agredidos?

Dentre todas as categorias profissionais que responderam ao questionário, a de auxiliar de enfermagem apresentou a maior frequência de vítimas desse tipo de violência. Desse grupo, 22,7% afirmaram ter sofrido assédio moral no último ano, seguido pelos enfermeiros (21,5%). Dentre os médicos, 15,1% informaram ter sofrido assédio moral (Tabela 1).

Cezar e Marziale (2006), embora não tenham estudado o assédio moral seletivamente, encontraram resultados semelhantes aos nossos quanto à caracterização das vítimas de violência ocupacional. As autoras mostraram que os enfermeiros foram os que mais sofreram violência, seguidos dos auxiliares de enfermagem e dos médicos. É interessante que esses dados revelam as relações de poder nos estabelecimentos de saúde, especialmente considerando a violência como na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), que estabeleceu a violência como prioridade para a saúde pública e ao abuso de poder. Os enfermeiros, como categoria, encontram-se em situação intermediária entre o médico e os auxiliares. Em estabelecimentos de saúde, há uma clara linha de mando, embora nem sempre esteja traduzida na hierarquia formal das organizações, em que médicos ocupam o topo, seguidos pelos enfermeiros, e os auxiliares, em maior número, estão entre os que cumprem as ordens. Assim, podemos nos perguntar se o maior percentual de assédio no grupo de enfermeiros, semelhante ao percentual dos auxiliares, poderia ser atribuído a uma maior disputa de poder, levando a conflitos mais frequentes entre profissionais de nível superior.

Tabela 1 Vítimas de assédio moral de acordo com categoria profissional

	<i>Assédio moral</i>				<i>Total</i>
	<i>Sim</i>		<i>Não</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Auxiliar	69	22,7	235	77,3	304
Enfermeiro	20	21,5	73	78,5	93
Administração	35	19,4	145	80,6	180
Outros	22	17,5	104	82,5	126
Técnicos - nível médio	16	17,0	78	83,0	94
Médicos	44	15,1	248	84,9	292
Técnicos - nível elementar	23	13,9	143	86,1	166
Técnicos - nível superior	11	6,4	160	93,6	171

Quem são os agressores?

Quanto à caracterização dos agressores, nossos resultados mostraram que 48,7% dos agredidos moralmente relataram ter sido vítimas de seus colegas de trabalho (colegas de trabalho, colegas de trabalho externo e chefe, totalizando 115 respondentes). Dos profissionais que relataram ser vítimas de assédio, 44,1% (N = 104) apontaram como agressores o grupo constituído por pacientes, parentes ou público em geral, os que são os beneficiários do serviço prestado por esses trabalhadores. Se corrigirmos esse dado tomando somente os trabalhadores que interagem com pacientes, dos 217 trabalhadores que sofreram assédio moral desse grupo, no último ano, 101 (46,5%) foram assediados por esse grupo de beneficiários dos serviços. Dos entrevistados, 7,2% (N = 17) relataram ter sido vítimas de outros agressores.

Kwok et al. (2006), em seu estudo sobre a prevalência de assédio moral em enfermeiras de Hong Kong, verificou que os maiores perpetradores de agressões, segundo as informações das vítimas, eram os pacientes e seus acompanhantes, seguidos por colegas de profissão.

As agressões dos pacientes ou de seus parentes podem estar relacionadas às más condições de trabalho

e atendimento. Um paciente angustiado pela doença e frustrado com um atendimento sem recursos está mais suscetível a agredir. Mas, mesmo assim, quanto ao assédio moral, ainda nos faltam explicações e talvez um estudo qualitativo que pudesse nos apontar pistas.

Reação da vítima

Quanto à caracterização da reação da vítima à agressão, o questionário apresentou aos respondentes um inventário de possibilidades, as mais frequentemente encontradas na literatura científica. Os resultados mostram que a maioria das vítimas (38,49%) teve como reação à violência sofrida relatar o ocorrido a seu chefe, mas um número significativo de vítimas (27,2%) não esboçou nenhuma reação (Gráfico 1).

Diferentemente dos nossos resultados, Bilgel (2006), estudando a prevalência de *bullying* no local de trabalho de três setores da cidade de Bursa (Turquia) – saúde, educação e segurança –, verificou que, em resposta ao assédio moral, a maioria das vítimas relatavam o ocorrido a um colega ou ignoravam seu perpetrador. A opção de relatar ao chefe indica uma esperança de que alguma medida poderá ser tomada para minorar o sofrimento ou impedir que as agressões se perpetuem. É bom notar que em nenhum es-

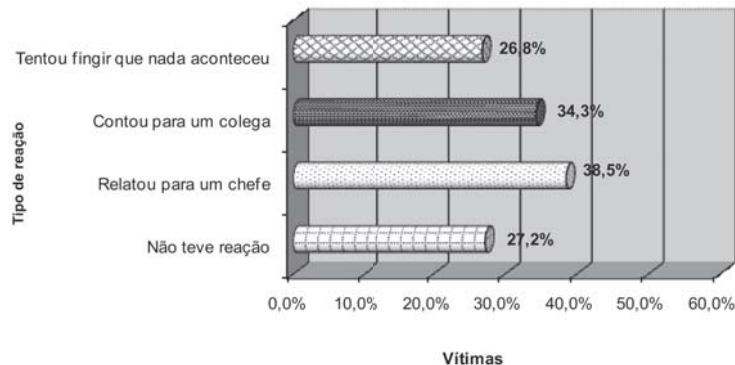


Gráfico 1 Reação das vítimas de assédio moral

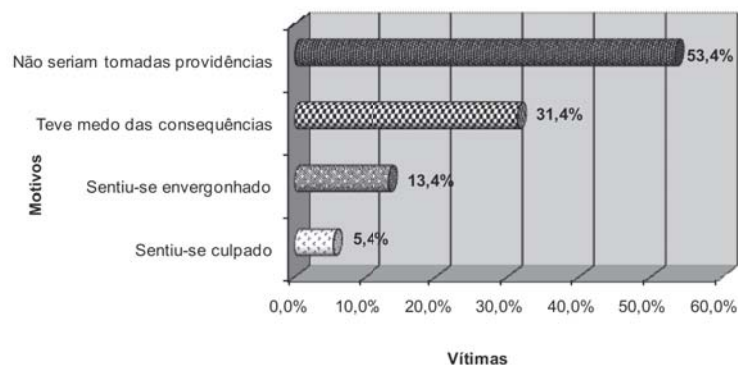


Gráfico 2 Motivos pelos quais não houve relato das vítimas

tabelecimento havia registro formal para os casos de violência, tampouco protocolo de procedimentos para tratar dos casos (apuração, acolhimento, tratamento ou qualquer outro procedimento).

Quanto ao motivo de não relatar sobre o ocorrido, 53,4% responderam não acreditar que alguma providência seria tomada (Gráfico 2). Mesmo daqueles que tomaram a iniciativa de relatar aos chefes (N = 94), somente 20% relataram ter sido tomada alguma providência. Mas, quanto a se sentirem culpados ou envergonhados pelo fato ocorrido, a maioria não identificou essas assertivas como razões de não relato (Gráfico 2).

O grau de satisfação dos assediados com a forma como foi tratado o incidente expressa a necessidade de tratar da questão da violência, especialmente o assédio moral, como importante fator de insatisfação dos trabalhadores. Das vítimas, 51,4% estavam muito insatisfeitas e apenas 8,6% estavam muito satisfeitas e apenas 8,6% estavam muito satisfeitas com o tratamento que seu caso recebeu (Gráfico 3).

Quanto às conseqüências psicológicas relacionadas ao assédio, os trabalhadores foram solicitados a responder numa escala de 1 a 5 quão incomodados estavam por: (a) memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras; (b) evitar pen-

sar ou falar sobre a agressão ou evitar sentimentos relacionados à mesma; (c) permanecer “super-alerta”, vigilante, de sobreaviso ou constantemente tenso(a); (d) sentimento de que suas atividades passaram a ser mais penosas.

Os resultados mostram que a tensão, um estado de permanente vigilância, é a conseqüência mais frequente e de maior intensidade (Tabela 2).

Os dados de reação, assim como as conseqüências psicológicas da agressão, ainda precisam de estudos qualitativos que dêem sentido aos dados: como caracterizar que o assédio moral seja horizontal, vertical ou praticado pelos beneficiários dos serviços prestados? Não há ou há pouco sofrimento entre aqueles que se identificaram como vítimas de assédio moral? Ou os indicadores utilizados na pesquisa foram inadequados ou insuficientes?

Quais fatores ou situações contribuem para a ocorrência de assédio moral no trabalho de trabalhadores de saúde?

Algumas questões emergem dos resultados da pesquisa. E aqui é necessário distinguir dois tipos de

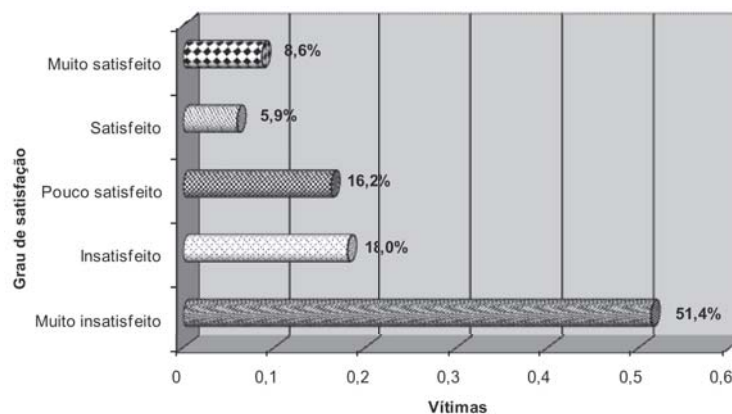


Gráfico 3 Grau de satisfação com a forma de tratamento do incidente

Tabela 2 Conseqüências psicológicas para as vítimas

Conseqüências psicológicas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Memórias perturbadoras	217	1	5	2,4	1,2
Evitar pensar	215	1	5	2,5	1,3
Permanecer vigilante	214	1	5	3,1	1,3
Atividades tornaram-se penosas	213	1	5	2,5	1,4

assédio moral: segundo Peek-Asa, Runyan e Zwerling (2001), o que é perpetrado pelos beneficiários dos serviços que o trabalhador presta, caracterizado como violência de Tipo II, e o tipo III, que é perpetrado por colegas e chefes. Atendo-nos ao praticado por colegas e chefes, o que representa a maior parte do assédio moral ocorrido, segundo nossos dados, embora a pesquisa não nos tivesse permitido caracterizar melhor esse assédio, não podemos acreditar numa suposta natureza perversa do assediador como razão única para a ocorrência deste tipo de violência. É necessário encontrarmos na organização e no processo de trabalho em saúde os elementos centrais que estimulam um tipo de comportamento, ou melhor, um tipo de relação que possa levar à destruição de vidas humanas. Não é difícil pensarmos como hipótese que a reestruturação do setor saúde – com a precarização do vínculo de trabalho e o sucateamento de sua infra-estrutura pública por um lado e, por outro, as relações mercantis que movem o setor privado, seja através dos planos de saúde ou da prestação direta do serviço de saúde – possa levar as relações intersubjetivas a níveis extraordinários de competição, de negação do outro, o que é condição necessária para a ocorrência de violência. Retomamos a definição de violência dada por Tavares dos Santos, Nery e Simon (1999):

[...] excesso de poder que impede o reconhecimento do outro – pessoa, classe, gênero ou raça – mediante o uso da força ou da coerção, provocando algum tipo de dano, configurando o oposto das possibilidades da sociedade democrática contemporânea. (p. 15)

A referência à sociedade democrática revela o papel fundamental do diálogo, do respeito às pessoas, da negociação como forma de resolver os conflitos que ocorrem no âmbito das relações de trabalho. Zaluar e Leal (2001) chamam a atenção para a diferenciação entre conflito e violência: não há violência no conflito quando há negociação, na qual há manifestação da autonomia do sujeito e do respeito.

O que fazer?

Os dados da pesquisa mostram o quanto a invisibilidade da violência traz conseqüências: a reação mais comum é nem sequer relatar e, mesmo quando se relata ou se tenta registrar as ocorrências, não há conseqüência na maioria das vezes, porque não é um procedimento comum. Não há discussão sobre o assunto e cada um que é assediado é mantido isolado com seu sofrimento. Não há um caminho institucionalizado para resolução de casos de conflito. Na maioria de nossas instituições de saúde, não há espaços para discussão, para negociação e organização democrática dos serviços. O grau de insatisfação que as vítimas demonstram com a maneira como seu caso foi tratado é também indicador da necessidade e da urgência em se encontrar as formas de manejo da violência e de implementação de práticas institucionais que vi-

sem amparar e proteger os assediados e tratar quando for o caso. Combater essa invisibilidade nos parece o primeiro ponto a ser pretendido, seja com a proliferação de pesquisas sobre o tema, seja com estratégias, mesmo que localizadas por instituição, para garantir o registro no âmbito de programas de vigilância em saúde do trabalhador ou de manejo de conflito na área de gerência de pessoal.

Os países centrais têm tido algumas experiências quanto ao manejo da violência, mas, como pontuam LeBlanc e Barling (2004), ainda são necessários estudos que comprovem a eficácia das medidas de controle na prevenção da violência, especialmente a violência praticada por colegas e chefes (*insiders*), como a política de tolerância zero ou a teoria da janela quebrada (*broken windows theory* - HESKETH et al., 2003). A política de tolerância zero implica num compromisso institucional com a apuração de todo tipo de violência segundo um protocolo pré-estabelecido e inclui medidas educativas para estimular a identificação e a apuração. A teoria da janela quebrada é uma teoria desenvolvida na área de segurança e alguns autores canadenses (HESKETH et al., 2003) a trouxeram para a área da saúde. A abordagem baseada nessa teoria:

[...] requer uma resposta imediata e visível a todos os incidentes de violência, mesmo independentemente de quão inócuos possam parecer. (p. 320)

A idéia central dessa teoria é que atos de vandalismo, como quebrar a janela, quando não são devidamente tratados, constituem um caldo de cultura para ações criminosas de maior gravidade.

Considerações finais

A análise específica dos dados referentes ao assédio moral permitiu-nos uma visão mais clara sobre o assunto. Percebemos que esse tipo de violência atinge um número importante de trabalhadores, como podemos ver, não só nos nossos resultados, mas também em outros estudos que trouxemos para dialogar.

Dessa forma, pesquisas como esta devem ser levadas a cabo para que se possa chamar a atenção sobre o assunto, colocando-o em pauta de discussão e mesmo de negociação coletiva, como ponto importante do diálogo social no setor saúde.

Por fim, os dados aqui analisados foram colhidos em 2001, quando apenas se iniciava a divulgação do fenômeno assédio moral no trabalho. É digno de nota que, desde então, a situação dos serviços de saúde tem se agravado. Hoje, como a questão do assédio moral está muito mais divulgada pela mídia, talvez possamos encontrar maior frequência desse tipo de violência por conta do maior reconhecimento do problema.

Referências

- BARRETO, M. *Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações*. São Paulo: EDUC, 2000.
- BARRETO, M. *O que é assédio moral*, 2004. Disponível em: <http://www.assediomoral.org/site/assedio/AMconceito.php>. Acesso em: maio 2007.
- BILGEL, N.; AVTAC, S.; BAYRAM, N. Bullying in Turkish white-collar workers. *Occupational Medicine*, v. 56, p. 226-231, 2006.
- CEZAR, E. S.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 217-221, 2006.
- GUIMARÃES, L. A. M.; RIMOLI, A. O. "Mobbing" (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial multidimensional. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 183-192, 2006.
- HESKETH, K. L. et al. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*, v. 63, p. 311-321, 2003.
- HIRIGOYEN, M. F. *Assédio moral: a violência perversa no cotidiano*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.
- IBGE. *Pesquisa Assistência Médico Sanitária AMS*, 1999. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B376C3D0E0F359G20HIJd3L23M0N&VInclude=../site/infsaude.php>. Acesso em: jun. 2007.
- ILO; ICN; WHO; PSI. *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. GENEVA: ILO, 2002.
- KWOK, R. et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, v. 12, n. 1, p. 6-9, feb. 2006.
- LEBLANC, M. M.; BARLING, J. Workplace aggression. *Current Directions in Psychological Science*, v. 13, n. 1, p. 9-12, 2004.
- OIT. Un informe de la OIT estudia la salud mental en el trabajo en Alemania, Estados Unidos, Finlandia, Polonia y Reino Unido. *Comunicados de prensa* 2000, Ginebra, 2000. OIT 37. Disponível em: http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--es/WCMS_008592/index.htm. Acesso em: maio 2007.
- PALÁCIOS, M. et al. *Relatório preliminar de pesquisa, violência no trabalho no setor saúde – Rio de Janeiro – Brasil*. Instituto de Estudo em Saúde Coletiva, UFRJ. Rio de Janeiro, 2002, 81p., 6 anexos. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/assediomoral>. Acesso em: maio 2007.
- PEEK-ASA, C.; RUNYAN, C. W.; ZWERLING, C. The role of surveillance and evaluation research in the reduction of violence against workers. *Am. J. Prev. Med.*, v. 20, n. 2, p. 141-148, 2001.
- SCANFONE, L.; TEODÓSIO, A. S. S. Assédio moral nas organizações: novas roupagens para uma antiga temática? *E & G Economia e Gestão*, Belo Horizonte, v. 4, n. 7, p. 71-80, jun. 2004.
- SOBOLL, L. A. P. *Violência psicológica e assédio moral no trabalho bancário*. 2007. 214 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- TAVARES DOS SANTOS, J. V.; NERY, B.; SIMON, C. *A palavra e o gesto emparedados: a violência na escola*. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Educação, 1999.
- WHO. *Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority*. World Health Organisation: Geneva, 1996.
- ZALUAR, A.; LEAL, M. C. Violência extra e intramuros. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 16, n. 45, p. 145-164, 2001.

O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação*

Ana Cláudia Barbosa da Silva¹
Milton Athayde²

The Family Health Program from the point of view of activity. Analysing relationships among work processes, health, and subjectivation

¹ Mestre em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, psicóloga consultora e docente colaboradora da Universidade Estadual de Maringá.

² Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

* Artigo extraído de investigações em curso no Grupo Atividade, especialmente da dissertação de mestrado de Ana Cláudia Barbosa da Silva, intitulada *A gestão de Unidades Básicas de Saúde frente ao desafio da Estratégia Saúde da Família: exercício do ponto de vista da atividade*, desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, defendida em 2006. Mestrado financiado pela CAPES.

Contato:

Ana Cláudia Barbosa da Silva
Rua Assunção, 238, apto. 704, Bloco A
– Jardim Marumbi
CEP 87005-240 - Maringá-PR – Brasil.
E-mail:
acbs25@yahoo.com.br

Resumo

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge como uma estratégia de reorganização da assistência à saúde pública do Brasil, com rápida expansão de cobertura populacional, ampliando o número de contratados. Seu foco de mudanças pretendido é o processo de trabalho, com a implementação de mudanças tecnológico-organizacionais que visam aumentar a resolutividade das ações de saúde no âmbito da Atenção Básica, colocando novos desafios para os profissionais de saúde. Procuramos analisar as relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação em uma Unidade Básica de Saúde do sul do país que opera o Programa de Saúde da Família, orientados pelo ponto de vista da atividade. Detectamos lacunas entre as normas prescritivas do PSF e as situações concretas de trabalho, frente às quais os profissionais procuravam viabilizar a luta pela saúde, (re)normalizando seus meios de trabalho. A partir do tipo de gestão encaminhada na Unidade, o trabalho constituiu-se como uma *zona de desenvolvimento potencial* de invenção, permitindo o enlace entre a eficácia de suas ações e a criatividade, colaborando para fortalecer a luta pela sua saúde.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde, Programa de Saúde da Família, atividade de trabalho, capacidade normativa.

Abstract

PSF (Programa de Saúde da Família - Family Health Program) is a strategy aimed at reorganizing public primary care in Brazil. The program is quickly expanding its population coverage and increasing the number of hired professionals. Its focus lies in changing its work process by implementing technological and organizational alterations aimed at increasing effectiveness of actions in the context of primary care, thus posing new challenges to health-care professionals. In this study we seek to understand the relation between work processes, health and subjectivation in the context of the Family Health Program in a Primary Care Unit of the Unified Health System, the Brazilian public health system, in the South of the country, from the perspective of activity. We detected some gaps between PSF prescriptive tasks and the actual work situation, which motivated professionals to struggle for their health by (re)defining their working methods. Since this managerial system was adopted by the health unit, work process turned into a potential area for the development of inventiveness, which allowed joining efficiency and creativity, and helped strengthen their health gains.

Keywords: Public Health System, Primary Care Unit, Family Health Program, work activity, workers' health, regulative activity.

Recebido: 05/09/2007

Revisado: 13/05/2008

Aprovado: 26/05/2008

Introdução

Neste artigo, pretende-se compreender – operando do ponto de vista da atividade – as relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação no âmbito do Programa de Saúde da Família (PSF), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do sul do país (SILVA, 2006).

O conceito de trabalho exige outros conceitos para estruturar-se e ter força de conhecimento, caso contrário é incorporado ideologicamente ao senso comum. Para pensá-lo em sua efetiva pertinência, como produção de todas as dimensões do viver do humano, faz-se necessário o conceito de processo de produção, assinalando que o processo de trabalho se dá sob determinadas relações de produção³. Já o conceito de processo de trabalho nos indica que se ater ao objeto e aos meios de trabalho (materiais e imateriais) não é suficiente, pois é a atividade humana que dá vida aos outros elementos (também eles *inventados* pelo humano).

Por outro lado, a Ergonomia da Atividade (GUÉRIN et al., 2001) nos orienta que diferentes pontos de vista estão presentes nas situações de trabalho, devendo ser considerados desde a análise da demanda de intervenção. Os autores assinalam que se poderiam adotar três grandes tipos de pontos de vista, que correspondem a diferentes leituras do funcionamento da empresa, de um empreendimento. Tais pontos de vista são orientados pelos resultados (o mais estruturado), pelas condições da produção ou pela atividade (que não tem tradução estruturada na empresa). A atividade relativa ao conteúdo do trabalho (o uso concreto dos humanos no ato de trabalhar, o modo como eles o realizam) nunca esteve até aqui presente como questão social em debate. Na intervenção ergonômica, busca-se colaborar para a confrontação destes pontos de vista e não focar na atividade por si mesma. Privilegiá-la tem sim um papel estratégico – pois que interroga os outros pontos de vista – na transformação do trabalho. Ler o funcionamento do trabalho no PSF a partir da atividade, no vai-e-vem com o conjunto de seus determinantes, além de sua fecundidade, revela-se estratégico, dada sua sistemática invisibilização.

O conceito de processo de trabalho em saúde, segundo Peduzzi e Schraiber (2006), foi apresentado pela primeira vez no Brasil por Mendes Gonçalves (1979), usando conceitos do marxismo. Discípulo e colaborador de Donnangelo (anos 1960), pioneira estudiosa sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a Medicina como prática técnica e social, também tinha como objeto de estudo o trabalho médico. Só a partir dos anos 1980 ampliou-se o escopo, especialmente para a Enfermagem. Posteriormente, Merhy (2002), partindo desse patrimônio, incorpora outros

referenciais, como a Análise Institucional (Castoriadis, entre outros) e Esquizoanálise (Deleuze-Guattari), à sua maneira. Busca operar com os conceitos marxistas de trabalho vivo (*instituinte*) e trabalho morto para entender o que denomina “trabalho vivo em ato”. É assim que não temos neste artigo a pretensão de fazer um estudo do processo de trabalho do PSF, apenas explorar algumas pistas a partir da leitura do ponto de vista da atividade em curso.

Considerando inicialmente o campo mais geral da organização dos Serviços de Saúde no Brasil, ele sofreu uma inflexão com a institucionalização legal do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, estabelecendo como princípios básicos *universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade* na configuração de um novo modelo gerencial. Estes princípios constituíram-se em desafios para os trabalhadores envolvidos com a assistência.

Ao longo dos anos, observam-se diversas experimentações numa tentativa de concretização destes princípios no cotidiano da atenção à saúde. Viana e Dal Poz (1998) relatam que, na década de 1990, o Brasil passava por uma série de problemas decorrentes de mudanças econômicas, demográficas e epidemiológicas, determinando um quadro que eles chamaram de “crise da saúde”. Reconhecia-se que o modelo de assistência até então hegemônico – hospitalocêntrico, individualista, com utilização “irracional” dos recursos tecnológicos disponíveis e baixa resolubilidade – oferecia obstáculos para a concretização dos princípios do SUS, conduzindo à sua reforma incremental, ou seja, “um conjunto de modificações no desenho e operação da política” (p. 16). Assim, a partir de 1994, o Ministério da Saúde (MS) adota o Programa de Saúde da Família (PSF) como ponto-chave do fortalecimento do SUS.

Esse programa é então apresentado como estratégia para reverter o modelo de assistência, prevendo novas práticas de saúde, integrando de forma permanente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ações clínicas e ações coletivas de saúde (prevenção e promoção da saúde). Ele estrutura-se por intermédio da Unidade de Saúde da Família (USF), na qual atua com uma equipe multiprofissional responsável por uma determinada população a ela vinculada, orientado por seis diretrizes básicas (BRASIL, 2004): substituição das práticas tradicionais por um novo processo de trabalho; compromisso com a integralidade e a intersectorialidade; territorialização; atuação em equipes multiprofissionais; responsabilização e vínculo das equipes com a população adscrita; e estímulo à participação popular e ao controle social.

A partir desses princípios, a estratégia Saúde da Família deixa de ser encarada em paralelo na organização dos serviços, como tradicionalmente os progra-

³ No capitalismo, o processo de trabalho está subsumido ao processo de valorização de capital.

mas foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Tornou-se uma proposta substitutiva e de reestruturação do modelo de atenção. Avançava em direção à idéia de *Programação em Saúde*, que

sempre foi uma prática marginal e limitada no tempo e no espaço, restringindo-se aos campos em que o Estado via-se obrigado a agir rápida e eficazmente por razões de ordem política, econômica ou mesmo sanitária (CAMPOS, 1991, p. 58).

Atestam a grande importância concedida a esta forma de estruturação dos serviços: o volume de investimentos, a implantação de Equipes de Saúde da Família (ESF) – sua presença passando de 55 municípios em 1994 para 5.131 em 2007 –, assim como a expansão da cobertura populacional, que saltou de um milhão de pessoas em 1994 para 87 milhões em 2007 (BRASIL, 2007).

Essa expansão do PSF vem sendo monitorada e avaliada. Em 2004, vieram a público resultados de uma Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2004), realizada no período de 2001 a 2002, com 13.501 equipes de saúde da família de 3.778 municípios, consistindo na segunda avaliação de maior envergadura no país. Apresentando um caráter exclusivamente quantitativo e descritivo, resultou na caracterização da implantação e do funcionamento do programa no Brasil, indicando a dimensão dos “recursos humanos” como um de seus pontos mais fragilizados. Esta última é uma informação que nos chama atenção.

Essa avaliação foi realizada a partir dos critérios previamente definidos no desenho da proposta da Estratégia Saúde da Família (suas normas antecedentes) e, em nosso entendimento, apresenta a problemática dos “recursos humanos” sem discutir questões concretas acerca da transformação do modelo de atenção, como também oculta as singularidades e especificidades que cada Unidade de Saúde possa apresentar.

Em nossa revisão bibliográfica (até o ano 2006), identificamos que o processo de trabalho no PSF também vinha sendo foco de investigações acadêmicas. Entre estes estudos (a seguir), destacamos dois aspectos que instigaram nosso questionamento quanto ao que estaria em jogo com a transformação do modelo de atenção: primeiramente, a maioria destes estudos ora limita-se à descrição das atividades realizadas, ora focaliza-se na percepção dos usuários, dos gerentes do programa e dos próprios profissionais, permanecendo como ponto cego de análise a perspectiva da atividade de trabalho; outro aspecto remete aos “recursos humanos” como problema não resolvido, o que coincidia com os resultados da avaliação normativa do Ministério da Saúde.

Souza e Sampaio (2002) relatam estudos que apontam como dificuldades para a consolidação e o sucesso do programa a rotatividade dos profissionais, a insatisfação com as formas de contratação, a qualificação dos recursos humanos e a dimensão técnica

ca e política da gerência e da gestão. Conill (2002) investigou a implantação do PSF em Florianópolis-SC a partir de duas categorias operativas: o acesso e a integralidade. Utilizou-se de uma metodologia avaliativa usando triangulação de métodos, fontes e dados: num primeiro momento, contextualizaram-se as políticas municipais, analisando a temática a partir de entrevistas semi-estruturadas com técnicos e gestores, documentos, atos legislativos e observação participante da IV Conferência Municipal de Saúde e, num segundo momento, estudaram-se, numa amostra intencional, as práticas de cinco equipes por meio de observação direta, entrevistas, documentos e análise quantitativa do Sistema de Informação da Atenção Básica. Por fim, incluiu-se no estudo a opinião de vinte famílias, quatro por equipe. Ao discutir as problemáticas da implantação do PSF em Florianópolis, a questão dos “recursos humanos” é assinalada como central: “recrutamento, capacitação, motivação, supervisão e rotatividade foram os principais problemas apontados” (p. 196).

Caetano e Dain (2002) discutem as dificuldades de expansão, destacando a questão dos grandes centros urbanos e reiterando a questão dos “recursos humanos” disponíveis. Ribeiro, Pires e Blank (2004) realizaram uma revisão bibliográfica acerca do trabalho no âmbito do PSF e constataram o reconhecimento do PSF em seu potencial positivo de mudança, ao lado de limitações, como as precárias condições de trabalho, associadas à “composição básica insuficiente das equipes, insuficiência de profissionais com o perfil proposto pelo Programa [...]” (p. 442).

Esse quadro nos conduziu a colocar em análise por que se entende que os “recursos humanos” disponíveis e sua qualificação têm constituído um problema para o desenvolvimento bem-sucedido do PSF? Quais desafios, dificuldades e obstáculos vêm sendo colocados aos trabalhadores em sua atividade de trabalho? O que é necessário para se atingir os objetivos propostos pelo PSF? Quais estratégias vêm sendo operadas para o enfrentamento das variabilidades e dificuldades da atividade de trabalho em saúde frente à pressão por resultados?

Em outra direção, Dal Pai e Lautert (2004), no estudo da percepção de onze agentes comunitários de saúde (ACS) do Programa de Agentes Comunitários (PACS) de uma cidade do Rio Grande do Sul, chegaram ao que seriam as duas questões centrais para os agentes: a busca de *confiança* e *reconhecimento* no trabalho, dimensões fundamentais para o registro da identidade cuja argumentação acerca da psicodinâmica do reconhecimento no trabalho pode ser encontrada em Dejours (2004). As autoras detectaram o desconhecimento do espaço de atuação deste tipo de profissional, assinalando para a insuficiência de seu treinamento e a ausência de delimitações claras quanto ao seu papel no interior do Programa de Agentes Comunitários (PACS). Fatores estes que poderiam estar bloqueando o melhor encaminhamento de uma

dinâmica de reconhecimento do trabalho, limitando a potencialidade de seu trabalho.

A partir do que nos sinalizava a pesquisa bibliográfica, realizamos, em uma Unidade Básica de Saúde do município de Londrina (PR), uma investigação sobre as transformações do trabalho em saúde no PSF sob o ponto de vista da atividade, destacando os desafios colocados para seus profissionais e suas tentativas de superação e considerando as relações com os processos de saúde e subjetivação. Neste artigo, procuramos colocar em discussão algumas das questões emergentes desta investigação após apresentarmos nossos referenciais, que têm embasamento nas perspectivas vitalista de saúde (CANGUILHEM, 2000, 2001) e ergológica da atividade (SCHWARTZ, 2004; SCHWARTZ e DERRIVE, 2007), em sua orientação mais geral, buscando operar com ferramentas conceituais geradas pelas abordagens clínicas do trabalho, especialmente a Ergonomia da Atividade, e a Psicodinâmica do Trabalho e a Clínica da Atividade.

Saúde, do que se trata?

A tendência da vida está em se afirmar na mudança e na invenção, na atividade, para além da inércia e da indiferença. Logo, a vida não está fundamentalmente no campo da previsibilidade, mas no evento, no inédito, na indeterminação e na complexidade.

A saúde é, conforme Canguilhem (2005), antes de tudo, um valor. Segundo Caponi (1997), ele introduz uma importante inversão nos estudos sobre a saúde, que deixa de ser definida por oposição à doença e se constitui enquanto “normatividade”, capacidade de criar novas normas, valores e modos de viver frente às “infidelidades do meio”, variações e imprevistos inerentes à própria vida. A doença expressaria a perda da capacidade de ser normativo, sendo uma norma de vida inferior.

Essa concepção de Canguilhem (2005) introduz algo que escapa às medições, o que ele chamou de *corpo subjetivo*, aludindo à experiência singular, habilitando qualquer pessoa a falar sobre a própria saúde. Isto não significa uma rejeição do conhecimento científico, mas enfatiza a articulação do saber médico com aquilo que cada um de nós, e somente cada um de nós, pode dizer a respeito de nossa situação e dos sintomas pelos quais somos acometidos.

Tratando-se da assistência à saúde, esses pressupostos podem ser explorados por diferentes vias. Uma primeira refere-se à organização das práticas de saúde, que devem estar comprometidas não com o controle dos indivíduos, mas com a ampliação de sua “margem de segurança”, com a restituição e o fortalecimento de sua capacidade normativa frente às variações da vida. Outra via está em adotar o conceito de *corpo subjetivo*, colocando no centro das práticas de saúde a compreensão de que cada indivíduo está habilitado a falar da

própria saúde. Percebemos então que os profissionais de saúde, no momento do cuidado, deparam-se com as normas produzidas pelos próprios usuários dos serviços, recentrando o meio em torno de seu próprio meio (CANGUILHEM, 2001). Este debate traz à tona a complexidade e a singularidade presentes no trabalho em saúde enquanto co-produção de um serviço (ZARIFIAN, 2001), remetendo inclusive à discussão acerca de que serviço se trata.

Problematizar o trabalho em saúde por esta via coloca outros elementos na discussão, por exemplo, quanto aos recursos necessários para uma atenção mais efetiva à saúde, destacando que a busca de competência profissional e eficácia das ações tem de incorporar uma perspectiva muito mais compreensiva do que prescritiva.

Nesse sentido, para a efetuação do trabalho em saúde, seria fundamental a possibilidade de exercício da normatividade vital também para os próprios profissionais de saúde, no momento da assistência, implicada no encontro com a situação de cada usuário, sempre imprevisível.

A relação entre trabalho, saúde e subjetivação

Se nosso ponto de partida não é um vivente natural passivo, quando muito alguém que reage ao meio, a saúde passa a ser entendida como conquista, meta a ser atingida (DEJOURS, 1986). Falar de saúde nos obriga então a falar do trabalho:

[...] pois ele é central na definição de nosso meio, não só porque a ele dedicamos muito de nosso tempo (mesmo quando desempregados), como também porque grande parte de nossas condições de vida está relacionada com o trabalho que temos (BRITO et al., 2003, p. 30)

O trabalho envolve tanto as relações entre os humanos, quanto entre eles e o meio onde se trabalha e vive. Podemos mesmo afirmar que o trabalho é uma atividade que tem uma finalidade, mas também é o momento em “que se pode pôr em prática a capacidade humana de se reapropriar das situações e reinventá-las, instituindo novas regras e normas” (BRITO et al., 2003, p. 39).

O entendimento do trabalho como (re)produção de si e do mundo nos impede de pensar que os trabalhadores se adaptam passivamente aos imperativos aí presentes. Ora, trabalhar nunca é um fazer neutro em relação à saúde, pois “através das diferentes relações estabelecidas entre o indivíduo e seu trabalho, a saúde é implicada no mais alto nível” (DEJOURS, 1993, p. 99). A questão bem colocada não seria trabalhar ou não trabalhar, mas sim: *qual trabalho?* Já a Ergonomia havia colocado em seus começos sua descoberta: adaptar o trabalho ao homem e não o contrário, como predominante.

Preferimos tratar a dimensão psicológica presente no trabalho descentrando a questão do sujeito para a da subjetivação. Buscamos passar ao largo da dicotomia sujeito-objeto, historicamente construída, pois o que temos é uma história de diferentes modos de subjetivação na cultura. Ou seja, nossa referência não é um sujeito substancializado, cuja vida psicológica estaria no seu interior, individualizado. Estamos interessados na criação de modos de existência, na invenção de novas possibilidades de vida.

Interrogações sobre o trabalhar: as contribuições do ponto de vista da atividade

Nesta perspectiva, recorremos ao conceito de atividade de trabalho, conceito transversal, imprescindível para a sinergia entre diferentes disciplinas e abordagens científicas na relação com os saberes da prática. A Ergonomia francófona apreende o trabalhar destacando o prescrito do realizado, apontando o hiato entre estas duas dimensões. Descobriu-se que trabalhar nunca se reduz à simples e fiel aplicação de métodos e procedimentos, como se acreditava com o taylorismo⁴. Frente ao que foi antecipado, para que os objetivos e resultados previamente determinados sejam atingidos, os humanos são desafiados a mobilizar-se inteiramente.

Nas situações concretas de trabalho, temos a presença de uma diversidade de normas, muitas vezes contraditórias. Compreender a forma como os processos de saúde, subjetivação e trabalho estão intricados exige uma capacidade de apreender tais normas impostas-propostas, seus limites, inclusive as normas dos usuários. O trabalho se apresenta então como lugar de debate de normas e valores, de microescolhas, orientadas pela busca de “modos de fazer face” ao hiato apontado. Assim, os trabalhadores renormatizam o meio de trabalho – recentrando o meio como *seu* meio (Canguilhem, 2001) – com frequência ampliando a singularidade da situação, o que gera efeitos no plano da produção de novas variabilidades e da complexidade do sistema.

Operar com o conceito de atividade ajuda no acesso ao “algo mais” investido por aqueles que trabalham para dar conta das exigências, a dos outros e as suas. Se trabalhar nunca é pura execução do que foi antecipado, sempre envolverá uma confrontação com aquilo que preexiste à atividade e persiste. Nesse sentido, conforme Schwartz (1992), trabalhar

envolve sempre “dramáticas de uso de si”⁵ – do uso de suas próprias capacidades, recursos e escolhas – por outrem e por si, dando nobreza à contribuição do trabalhador (individual e coletivo), sempre negada, negligenciada ou considerada de menor valor ou “natural” (conforme o caso do trabalho doméstico feminino). Existe sempre uma tensão na articulação dessas duas modalidades de uso de si. Somente na negociação entre os usos de si, por si e pelos outros – sempre por (re)fazer, nem sempre bem-sucedida – é que o trabalho pode ser operador de saúde, permitindo o exercício de sua capacidade normativa. Mas pode tornar-se operador de adoecimento (sofrimento patogênico), quando não se consegue realizar satisfatoriamente o debate de normas e valores.

Partindo da clássica descoberta da Ergonomia, diferenciando “trabalho prescrito” e “trabalho real”, assim como sinalizando as regulações mobilizadas pelos operadores, empreendidas para dar conta dos equívocos da prescrição e da presença de variabilidades, encontramos um movimento conjunto de ampliação do conceito de atividade, retirando-o da camisa de força comportamentalista. O caráter sempre enigmático do trabalho, excedendo as antecipações e formas de conhecimento já existentes, é apreendido por Dejours (1997, 2004) enquanto *real* do trabalho, ao passo que Clot (2006, 2008) prefere assinalar o que está em jogo como *real* da atividade.

No caso da Psicodinâmica, Dejours (1997) já chamou atenção que o trabalho se constitui na relação com o que denomina *o real* do trabalho. Com este substantivo, refere-se a algo cuja realidade “se caracteriza por sua resistência à descrição. (Ele) é a parte da realidade que resiste à simbolização” (p. 41), remetendo aos limites do saber, do conhecimento e da concepção prévia. Tudo isso encaminha para a seguinte definição do trabalho:

[...] é a atividade coordenada desenvolvida por homens e mulheres para enfrentar aquilo que, em uma tarefa utilitária, não pode ser obtido pela execução estrita da organização prescrita. (idem, p. 43)

Enfim, agregando a riqueza oriunda do conceito de “atividade subjetivante”, ele traz para a teoria os conceitos de (*resistência do*) *real*, de *revés* e da compensação deste *baque* por processos imprescritíveis, que implicam a subjetividade. Uma complexa produção psíquica e cultural que procede da “experiência da prática”, uma “inteligência astuciosa”, “corporal” e que exige passar por julgamento do outro (caracterizando-se a dinâmica para transformar-se em sabedoria da prática, cf. DEJOURS, 2004). Verifica-se então o

⁴Paradoxalmente, esta mesma crença pode ser encontrada em muitos de seus críticos (Oddone *et al.*, 1981; Schwartz, 1992).

⁵Para Schwartz (1992), “(...) o trabalho humano é lugar onde se opera uma dialética, portanto, um uso problemático de si mesmo e pode se definir talvez do seguinte modo: num primeiro registro, ele diz respeito aos antecedentes normatizando e antecipando a atividade (...) num segundo registro, ele comporta a insubstituível gestão das dimensões singulares da situação que marca na atividade cotidiana de trabalho os elementos variáveis, históricos de toda situação, sua não repetição integral” (p. 53).

que em Psicodinâmica se denomina dinâmica do reconhecimento⁶, decisiva para o fortalecimento da identidade, ossatura da saúde, em termos psicossomáticos.

No caso da Clínica da Atividade, Clot (2006) busca enriquecer o conceito de atividade com outros referenciais, evitando o risco de uma concepção amorfa ao incorporar os conflitos que a constituem. Desdobra o conceito em *atividade realizada* e *real da atividade*. Como já sabemos, a atividade realizada é entendida como “aquilo que se faz”, o que se apresenta no plano comportamental, dos modos operatórios diretamente observáveis, uma parte ínfima do que se pode fazer, sendo, portanto, uma atualização de uma das atividades possíveis na execução da tarefa. O *real* da atividade envolve também aquilo que não se faz, o que se procura fazer sem lograr êxito. Explorando Vigotski, ele assinala que as atividades contrariadas, suspensas ou impedidas devem também ser admitidas na análise, pois não estão ausentes da vida do trabalho, ao contrário, emergem aí com destaque.

Nessa linhagem clínica, reafirmando o caráter ativo dos seres humanos, enfatiza-se a distinção entre organização prescrita do trabalho e aquela operada pelo trabalhador, remetendo a um esforço de re-organização das tarefas pelos coletivos profissionais, o que sinaliza a re-criação da organização do trabalho pelo trabalho de (re)organização do coletivo⁷. Clot (2006a) procura dar ênfase diversa da que encontra na Psicodinâmica. Coloca em questão a sobredeterminação da subjetividade pelo sofrimento – que seria fundador, originário (CLOT, 1995) – pois, para ele, este real é mais uma *prova* que constrangimentos. Clot (2006) considera muito direta, na Psicodinâmica, a passagem do *real* de situação de prova a sofrimento psíquico. Para ele, “trabalhar é também, sem cessar, ‘instrumentar’ um meio para viver (...)” (idem, p. 253). Se para Dejours (2004) o trabalho é, por definição, humano, pois que o convoca precisamente onde a ordem tecnológica-maquinal é insuficiente, Clot (2006) busca reverter a questão: a ordem tecnológica é humana, em seu princípio, porque se é convocado justamente lá onde o trabalho, por exceder seus limites, busca economizar-se com a ajuda de artefatos” (idem, p. 256).

Esta abordagem desenvolvimental agrega outros conceitos de Vigotski (2000), como o de “zonas de desenvolvimento potencial”, operada pelos coletivos de trabalho. Agrega também conceitos de Bakhtin (2000) para pensar o real da atividade, frente ao qual se mobiliza o que se vai denominar *gênero profissional*. Ou seja, entre o prescrito e a atividade, existe um terceiro termo, o prescrito informal – partilhado em um dado meio profissional, uma espécie de prescrição coleti-

va – chamado de “gênero profissional” (CLOT, 2006). Este assume uma função psicológica importante, pois, além de colaborar do ponto de vista organizacional, vai também representar um recurso para a própria ação. Quando o coletivo de trabalho não consegue construir um gênero profissional, o trabalho de algum modo se enfraquece. Cada trabalhador é reenviado para si próprio e a função psicológica que o trabalho organizativo assume não pode ser viabilizada, gerando sofrimento patogênico, colocando em xeque a confiabilidade do material e a eficácia do trabalho, podendo mesmo gerar acidentes.

Schwartz (1988, 2004), desde os anos 1980 desenvolvendo as possibilidades contidas no Modelo Operário Italiano, apresenta-nos uma formulação mais precisa a partir dos anos 1990 com “dispositivo dinâmico de três pólos”. A partir da crítica ao dispositivo *Comunidade Científica Ampliada*, formulado por Oddone, Re e Brianti (1981), ele entende que aquele regime de produção de saberes não só contava com os saberes científicos e os da prática, mas, através do sindicato, fazia uma heurística sinergia. Ou seja, Schwartz (2000) não só destaca a grande riqueza contida naquela experimentação italiana e suas proposições, como as critica (a fraca concepção do que é ciência, por exemplo, que se pretenderia “ampliar”) e a faz avançar (assinala a ação de um terceiro ator, considerando que este papel poderia ser assumido por outros que não os sindicatos). Propõe um paradigma na forma de três pólos em relação sinérgica, sendo um deles o dos conceitos, que comporta o conhecimento sistematizado e estabilizado. O outro, o pólo dos saberes gerados/investidos nas atividades. Dado que se trata de um campo de cultura e incultura recíprocos, exigem um retrabalho sistemático e permanente de mútua validação e desenvolvimento.

Schwartz (2004) chama atenção para o caráter decisivo de um terceiro pólo, que trata das exigências éticas e epistemológicas, permitindo que o pólo científico seja afetado pela convocação das forças do outro pólo e desenvolva a necessária humildade epistêmica para retornar às atividades e ter possibilidade de aprendizagem.

Nesta perspectiva, entendemos que incorporar o possível e o impossível presentes no curso do trabalhar, incorporando os protagonistas da atividade (implicados em uma co-análise), permite nos aproximar do caráter singular da atividade de trabalho, acessando toda uma riqueza que faz do trabalho uma paixão.

A partir dos referenciais indicados, entendemos que investigar o trabalho do ponto de vista da atividade nos coloca desafios e também a exigência

⁶ O que exige a existência de um *espaço público interno de discussão*, quando se dá *visibilidade* às astúcias operadas, desde que havendo *confiança* (respeito às regras da profissão).

⁷ Explorando Bakhtin, a Clínica da Atividade a isto denomina gênero profissional, que corresponde a um repertório de maneiras de agir, “obrigações”, avaliações construídas pelos trabalhadores para a regulação de sua atividade.

de composição de diferentes instrumentos teórico-metodológicos.

Contudo, consideramos que incorporar o ponto de vista da atividade de trabalho implica relacionar comportamentos observáveis dos trabalhadores e elementos não observáveis – as decisões tomadas, o pensamento no trabalho, percepções e interpretações realizadas sobre sua própria atividade, ações não realizadas, modos operativos inventados e saberes-fazer construídos, acessados necessariamente com a confrontação de diferentes olhares: o do pesquisador e daquele que realiza a atividade. Por expressar a relação do trabalhador com conteúdos dados, a atividade é um objeto em construção e sua investigação deve ser realizada no terreno onde se desenrola: a situação de trabalho.

Uma leitura das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação no Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade

A investigação foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde do município de Londrina, ao norte do Paraná, onde o PSF fora implementado há cinco anos. Ressalta-se que, no momento deste estudo, coexistiam naquela unidade profissionais que ainda não pertenciam ao PSF, mas, como estavam inseridos nas ESF, foram incluídos em nossa análise.

Acompanhamos o cotidiano do PSF ali em curso, visitando-o regularmente. Desenvolvemos *conversas sobre o trabalho* (ou entrevistas dialógicas), observações e registros das diversas atividades no curso da ação. Ficamos atentos à rede dialógica que aí circulava (diálogo *no* trabalho), recorrendo sempre que pertinente e possível a um novo diálogo com eles *sobre* seu trabalho, assim como sobre o diálogo desenvolvido no curso da ação.

Já havíamos realizado um estudo sobre os princípios do PSF nos manuais elaborados em nível ministerial, buscando compreender como eles eram operacionalizados no dia-a-dia daquela unidade. Logo no início de nosso estudo de campo, observamos uma série de situações que pareciam não estar previstas nos manuais, incompreensíveis numa aproximação apressada, colocando-se sempre a necessidade de um diálogo sobre o que ocorria com os protagonistas da atividade.

O cotidiano da unidade apresentou-se para nós como uma realidade dinâmica, dotada de uma complexidade marcada pela imprevisibilidade e instabilidade, na qual o trabalho não poderia se inscrever num caráter exclusivamente objetivo e previsível. Embora o PSF privilegie as atividades de assistência junto à comunidade em ações de promoção e prevenção à saúde, observamos que os usuários, quando sentiam

necessidade, ainda recorriam à unidade à procura de consultas médicas, seguindo a lógica existente antes da implementação do PSF.

Surpreendemo-nos com a importância estratégica do setor de recepção na unidade, locus onde se iniciam os primeiros encontros com as normas de vida dos usuários, constituindo os desafios iniciais dos profissionais de saúde. Destacamos duas atribuições da recepção, o *agendamento de consultas* (seja na unidade, seja em outros serviços de saúde especializados) e a *marcação de exames*.

Percebemos que o agendamento de consulta não consistia em um processo mecânico de relacionar os pedidos com a disponibilidade de vagas e horários. Para articular este momento do processo de trabalho com a proposta do PSF, sua configuração era resultado da regulação operada pelo recepcionista. Nesse sentido, constitui-se uma “relação de serviço” (ZARIFIAN, 2001): quando o usuário solicita uma consulta médica, inicia-se um processo em que o recepcionista busca saber-compreender a queixa do usuário, acessar seu histórico no computador e verificar: (a) sua situação vacinal, (b) se ele se consulta com outros especialistas, (c) se faz uso de alguma medicação, (d) seu endereço no cartão SUS, (e) qual ESF é responsável pela área onde o usuário reside. Contando com estas informações, o recepcionista pode (ou não) solicitar uma pré-consulta com um auxiliar de enfermagem da ESF no momento do pedido de consulta, o qual escutará o usuário e avaliará a necessidade de uma consulta médica ou algum outro encaminhamento, alimentando um círculo virtuoso de cuidado com a saúde.

A realização de todos esses procedimentos no momento de agendar uma consulta é orientada segundo valores e normas de atendimento construídos e acordados entre os profissionais, seja durante realização de suas atividades, nos encontros pelo corredor da unidade, nas reuniões de equipe, como também na hora do cafezinho, do almoço etc. Na perspectiva de realizar o atendimento segundo os princípios do PSF (conforme entendimento pessoal e do coletivo de trabalho da unidade investigada), uma das normas acordadas entre aqueles profissionais é *não deixar nenhum usuário ir embora da unidade sem ser escutado*. Sim, pois ele pode estar com a vacinação atrasada, algo ainda não detectado pela ESF responsável, ou pode estar com pressão alta, ou precisando de alguma medicação disponível na unidade!

O momento de agendamento de consulta apresentava-se ali como uma ponte entre um modelo centrado no atendimento à doença (com a restrição da ação à consulta médica) e o PSF (modelo que visa primeiro à prevenção e à orientação de cuidados à saúde).

Apreendemos que a decisão deste modo de “recepcionar” os usuários foi resultado de um debate envolvendo elementos técnico-estratégicos e valores, o que na maioria dos casos ocorria durante a atividade de trabalho, como também um acordo entre os diversos

profissionais – auxiliar administrativo (receptionista), auxiliar de enfermagem, agente comunitário, enfermeiros e a coordenadora da unidade – em que cada um acrescentou dados vitais para tornar o processo articulado com o PSF e assim transformar realmente o modelo de atenção. A coordenadora reconhece a necessidade de negociar para organizar o trabalho nos moldes do PSF, como coloca em um de nossos diálogos:

Aqui na unidade eu negocio o tempo todo [...] Aqui só funciona na negociação, negociamos o tempo todo. (X., coordenadora da UBS, referindo-se a ela e aos outros profissionais de saúde)

Indagada sobre o que significa este “negociar”, a coordenadora relata um exemplo sobre um ponto importante do trabalho em equipe: a divisão de informações acerca dos usuários:

Aqui cada um é diferente. Por exemplo, a Y. [auxiliar de enfermagem] está na unidade há muitos anos, acha que sabe fazer e que não precisa ficar explicando, mostrando suas informações pra ninguém. Só que a gente precisa sistematizar as informações, dividi-las. Ela mesmo diz: ‘eu guardo de cabeça todos os meus pacientes hipertensos, não preciso fazer listas’. Com ela eu preciso ter tato, valorizo sua experiência e aí eu brinco: se você ganhar na mega sena e sumir, como vou ter os dados que preciso para continuar o trabalho? (X., coordenadora da UBS)

Já com a W. [auxiliar de enfermagem] é mais tranquilo. Quando ela diz que também sabe de cor seus pacientes e que não precisa fazer lista, eu brinco: como vou fazer para supervisionar seu trabalho, vou rachar sua cabeça para olhar dentro? Todo mundo ri e ela acaba entendendo o que eu quero. (idem)

Garantir essa (re)organização do trabalho, fruto da capacidade normativa por parte dos profissionais de saúde, exige que o auxiliar administrativo, em sua atividade de receptionar, coloque em debate os valores acordados na unidade e os valores do próprio usuário (que, na maioria das vezes, ainda acredita resolver seu problema apenas com uma consulta médica). Ao estar presente numa situação de agendamento de consulta, o receptionista explica como lida com esta nova norma na entrada da unidade e também como essas normas são construídas, apresentadas respectivamente:

Se eu explicasse para ele que eu não posso dispensar ninguém no balcão sem saber o que tá acontecendo, o motivo pelo qual ele busca essa consulta, não faz sentido porque ele ia dizer que ele tem diagnóstico [...]. Então eu tentei jogar essas perguntas aí pra tentar convencê-lo a ficar. Mas você viu que não foi muito suficiente, porque [...] ele não quer pra agora, ele achou que essas intervenções não seriam pertinentes. Não seria necessário. [...] que iria ajudar mesmo é o que ele tava preocupado nesse momento com as crianças dele que estavam em casa sozinhas. Eu tinha que entender isso daí. Porque as crianças pequenas, sozinhas em casa, ele tava preocupado. Então eu vim aqui dentro pedi para apressar e aí entrou. (auxiliar administrativo, receptionista da UBS)

[...] você percebe que a gente sempre conversa um com outro, fazendo uma espécie de uma discussão de caso. Aí eu relembro, como eu te falei, as informações são muitas e alguém pode esquecer. E eu organizo assim, eu não esqueço, então eu fico lembrando. (idem)

Salientamos toda a importância do auxiliar administrativo/receptionista, não obstante este trabalhador não pertencer oficialmente à composição prevista da equipe. Observamos a importância da articulação de seu trabalho com o dos demais, de modo que a gestão realizada na “entrada”/recepção da unidade contribuía para a ordenação das atividades do PSF. Por exemplo, garantindo a cobertura vacinal, na medida em que cada usuário que chega à unidade tem seu histórico verificado, potencializando os objetivos do PSF.

Encontramos, nesta unidade, profissionais capazes de renovar seus meios de trabalho segundo seus valores, instituindo novas normas no confronto com a realidade imposta, superando as diferentes limitações de concretização do programa. Ou seja, no seio da atividade de trabalho, constatamos que o conjunto de desafios a serem enfrentados naquele contexto constituiu uma “zona de desenvolvimento potencial” (CLOT, 2006), oportunidade de encaminhamento de uma certa maneira de trabalhar que tem garantido à unidade o reconhecimento quanto à sua eficácia, tanto por parte da Secretaria Municipal de Saúde quanto por diferentes pesquisadores que circularam pela unidade, interessados em estudar uma experimentação considerada bem-sucedida.

As normas do PSF não aludem à recepção, seja de uma Unidade Básica, seja de uma Unidade de Saúde da Família. Verificamos nestas normas as indicações do como “deve ser” este novo modelo de assistência à saúde, com a inclusão de alguns instrumentos que englobam as informações que devem ser priorizadas, mas apresentando uma lacuna do “como fazer”, como operacionalizá-lo. Ao explorar a ótica da atividade, identificamos que, frente a este *vazio de normas* (SCHWARTZ, 2000), esta ausência do “como fazer” não gerou trabalhadores perdidos, passivos, impotentes no “como proceder”.

Na unidade estudada, a capacidade normativa não se revelou limitada, bloqueada, impedida, ao contrário, percebemos que se produzia um espaço potencial de gestão. Quanto à luta pela saúde no trabalho, lembramos a importância da possibilidade de se reapropriar do meio e reinventá-lo segundo seus anseios, de forma que é a variabilidade e não a repetição que são favoráveis à saúde. Esta questão foi explicitada pela fala da coordenadora da unidade:

Por outro lado, você vê a insatisfação dos funcionários, que eles estão exaustos. Agora se vê uma coisa que me chamou atenção aqui é o número de atestados que diminuiu, de atestados médicos. [...] Absenteísmo! Assim, porque eu acho que eu lidava com muito mais atestados. Tô me dando conta agora falando pra você, porque eles ficam

exauridos, com aquela, não tem uma motivação pro futuro. [...] Acho que essa brecha da reorganização dá uma questão de otimismo de acreditar de que isso não vai ser sempre assim [...] (X., coordenadora da UBS)

As diretrizes do PSF e o ponto de vista da atividade: os possíveis e os impossíveis nesta modalidade de assistência à saúde

Consideremos quatro das diretrizes do PSF à luz da atividade em algumas ações observadas no cotidiano da unidade. Destacamos a dimensão oculta do fazer em saúde no serviço investigado, bem como o esforço de gestão dos seus profissionais. Lembramos que, dentro das diretrizes do PSF, tanto a equipe de saúde como seus componentes apresentam atribuições específicas, não tratadas neste artigo.

a) A substituição das práticas tradicionais por um novo processo de trabalho e a territorialização

Essas diretrizes prevêm uma assistência à saúde voltada para as necessidades de saúde da população, para a solução de problemas, prevenção de agravos à saúde e promoção da qualidade de vida, em vez de oferta exclusiva de consultas médicas.

Para a substituição das práticas tradicionais, uma das principais responsabilidades da equipe de saúde da família é o conhecimento da realidade local sob sua responsabilidade – seus aspectos socioeconômicos, culturais, geográficos e epidemiológicos. Baseado nisso, realizar-se-á o planejamento, a programação de atividades e a reestruturação do processo de trabalho, atividades realizadas com a participação da “comunidade”, estando intimamente relacionada com sua outra diretriz, a *territorialização*. Ela corresponde à definição da área de abrangência de atuação da equipe e ao cadastramento da população a ela referida. A partir disso se dá o acompanhamento das situações de exposição a agravos, das condições de vida, das ações programáticas desenvolvidas e da situação de saúde das famílias e da comunidade a ela vinculadas, melhorando a capacidade de identificação de desigualdades entre os diferentes grupos para melhor planejar as ações de saúde. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), esta diretriz aponta a potencialidade que o programa tem em resgatar os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população (outra diretriz discutida mais adiante).

Seguindo estas diretrizes, encontramos como uma das atribuições do agente comunitário de saúde (ACS) o mapeamento de sua área de abrangência, o cadastro das famílias e sua atualização permanentemente. O cadastro das famílias foi citado como muito eficien-

te, até mesmo imprescindível, por vários profissionais das equipes, o que então investigamos.

O instrumento para realização desse cadastro é a chamada *ficha A*, padronizada para o PSF em todo o Brasil, que agrupa informações de pessoas com 15 anos ou mais das famílias adscritas à área de abrangência, como endereço, número da microárea e área, data de nascimento, idade, sexo, se é alfabetizado, ocupação e doença ou condição referida. Porém, observamos que tal ficha não era utilizada na rotina de trabalho do agente comunitário! Em seu lugar, era utilizado o que se chamava *caderno*, elaborado pelos próprios agentes.

Ao indagarmos aos profissionais o porquê do não uso da *ficha A*, descobrimos que a ficha fora preenchida num primeiro cadastro e sua substituição estava relacionada com outra responsabilidade, a visita domiciliar (VD). A realização da visita é agendada por área de abrangência, momento em que os agentes carregavam consigo apenas as fichas dos residentes da área selecionada. No entanto, durante a visita na comunidade, usuários de outras áreas de abrangência muitas vezes solicitavam algum tipo de ajuda. Não tendo suas fichas em mãos, não podiam ajudar naquele momento, sendo necessário retornar à unidade. Dependendo da urgência, interrompia-se a continuidade e o planejamento do dia.

A partir deste limite (impossível?) de sua atividade, os agentes elaboraram uma série de *cadernos*, forma encontrada para ter, durante as visitas, informações de todos os usuários de sua responsabilidade, independentemente da área visitada em determinado dia. Os agentes transferiam as informações da *ficha A* para seu *caderno*, de modo que, a cada visita domiciliar, se necessário, atualizavam este cadastro, incluindo aí a situação vacinal do usuário. Na maioria dos casos, eles não precisavam retornar à unidade para obter informações frente às ocorrências de seu cotidiano de trabalho, assistindo aos usuários, não precisando retirar da unidade as *fichas A*, que ficam arquivadas, não correndo o risco de perdê-las.

A atividade de trabalho dos agentes apresentou-se dividida em dois momentos: um fora da unidade, realizando visitas domiciliares e reuniões com os usuários; outro dentro da unidade, atualizando seus diferentes registros, algo ausente na proposta oficial do PSF. Reorganizar as informações, dando a elas sentido, bifurcava-se em novas exigências em termos de instrumentos de trabalho (escassos) na unidade, como mesas e cadeiras. Sim, pois para que os doze agentes pudessem (re)organizar suas informações, operando sua competência compreensiva, paradoxalmente geravam o agravamento da precarização das condições de trabalho. Para afirmar a vida da profissão, observamos um improviso, na forma de um *jeitinho*: muitas vezes, os agentes comunitários sentavam em uma pia desativada para pensar e realizar suas anotações... O espaço físico instituído e seus móveis revelavam a

ignorância da atividade, mesmo do trabalho efetivamente realizado, pois eles eram insuficientes para incorporar esta dimensão da atividade de trabalho dos agentes comunitários.

Atentemos para o relato de uma agente que expressa bem esse quadro. Em uma Pré-Conferência de Saúde do município, os Conselhos Locais de Saúde foram convocados para discutir prioridades para as unidades. A agente comunitária D., representando os profissionais de saúde junto ao seu Conselho, colocou como uma das prioridades da unidade a aquisição de materiais e equipamentos de escritório. Isso causou polêmica no grupo de discussão. A agente narra o debate:

Eu fui pra reunião sem saber o que ia falar, mas a X. [coordenadora da unidade] pediu pra eu ir. [...] Mas quando eu ouvi outros agentes e profissionais de saúde dizendo que o ACS não precisava de cadeiras ou mesas para trabalhar, que lugar de ACS era na rua eu retruquei: vocês não escrevem? Como é que vocês lidam com suas informações? Porque eu tenho meu caderno com minhas anotações e preciso estar sempre atualizando; vou fazer isso em pé? (D., ACS)

Os *cadernos* compõem uma rede de informações sobre os moradores da área de abrangência da UBS, contemplando:

- *caderno de cadastramento* das famílias adscritas ao PSF;

- *caderno índice*, que registra os usuários adscritos em ordem alfabética, cada qual apresentando uma numeração que é colocada em sua ficha de aprazamento e no cartão do usuário. O objetivo deste *caderno* é facilitar a localização das fichas de aprazamento dos usuários durante as ações de saúde (reuniões de hipertensos, diabéticos etc.). Isso permite o controle dos usuários assistidos e não assistidos (que são separados no momento da atenção), identificando rapidamente os faltosos, a partir da qual se organiza sua busca ativa. Este *caderno* contribui ainda para um maior conhecimento dos usuários das áreas de abrangência, pois, com a busca ativa organizada, a equipe descobre mais facilmente os motivos das faltas às reuniões. Por exemplo, usuários que trabalham e não podem comparecer, ou mesmo que não podem se locomover.

- *caderno de faixa etária*, elaborado para reconhecer o número de usuários com a mesma idade, localizando mais rapidamente os grupos a serem vacinados – idosos, adolescentes e crianças – e facilitando sua atualização (inclui usuários que mudam de faixa etária, como as crianças, ou exclui usuários que se mudam ou morrem).

b) A atuação em equipes multiprofissionais, responsabilização e o vínculo das equipes com a população adscrita

Dentre as normas do PSF, está a atuação em equipes multiprofissionais, cujo objetivo seria possibilitar o conhecimento mais amplo nas intervenções de saúde,

o que, segundo o Ministério, superaria a fragmentação gerada pelo excesso de especializações e conferiria maior eficiência aos serviços de saúde.

São descritas as atribuições gerais da equipe e também especificadas as atribuições de cada um dos seus componentes – médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Contudo, não encontramos orientações acerca de como se processaria a articulação das diferentes atribuições de cada profissional da equipe a fim de atingir seus objetivos.

Identificamos uma forma peculiar na potencialização do trabalho em equipe: sua (re)organização, discriminando as equipes por cores. Na implementação do PSF, a coordenadora da unidade em foco relatou que as equipes existiam somente na prescrição, apontando dificuldades na construção do trabalho coletivo. O que de fato existia na unidade era a divisão por profissionais, ou seja, agentes comunitários trocavam informações somente entre eles e assim para os demais segmentos profissionais. Junto a esta questão, acrescentava-se outra dificuldade: a identificação dos prontuários dos usuários de responsabilidade de cada equipe, pois eram todos misturados.

Diante da identificação destes limites ao exercício da atividade de trabalho, as equipes foram discriminadas por cores. Assim, cada uma delas passou a ter uma cor: a equipe A é azul, a B é vermelha e a C é verde. Com a separação, os prontuários da equipe verde são identificados com uma fita verde, por exemplo, agilizando a identificação de seus usuários.

A reorganização da equipe por cores, resultado da renormatização no seio da atividade de trabalho, permitiu não só a construção efetiva do trabalho em equipe, como também inseriu novas normas de trabalho na unidade como um todo.

Quanto às equipes, a divisão por cores criou outro tipo de referência, o elo de ligação entre os profissionais de cada uma, de modo que os poucos assuntos relacionados aos usuários eram discutidos prioritariamente com aqueles da equipe de mesma cor.

Concomitantemente, novos modos de comunicação foram criados na unidade, seja entre profissionais das diferentes equipes, seja entre eles e profissionais que não pertenciam ao PSF. Na recepção e nos lugares de circulação de usuários, existiam cartazes que discriminavam, nas cores da equipe, as ruas pelas quais ela era responsável, os dias e os horários de atividades na comunidade. Por exemplo, quando o usuário chegava à recepção com algum tipo de solicitação, aquele que o atendia verificava no seu cartão SUS o endereço e identificava nos cartazes a equipe responsável por este usuário para a realização de uma pré-consulta e uma primeira escuta. Ou, se na hora da coleta para exames o usuário tivesse alguma dúvida e não fosse da área de abrangência do profissional que estava colhendo o exame, este solicitava o endereço ao usuá-

rio, verificava no quadro qual equipe era responsável por sua área de abrangência, qual profissional poderia atendê-lo e aproveitava a oportunidade para informar as atividades da ESF na área de sua residência.

Em outra direção, a discriminação por cores garantiu a efetivação de outra diretriz do PSF: a responsabilização e o vínculo das equipes com a população adscrita. A partir dela não só os profissionais de saúde reconhecem mais facilmente “seus” usuários, como também o inverso é verdadeiro. Numa das passagens, presenciamos um momento em que uma usuária chegou à recepção e, quando solicitado seu endereço, a própria já se identifica: “sou da equipe azul”.

Quando questionada sobre as razões de separar os prontuários, a coordenadora responde (abaixo) apontando também para outros desafios do SUS: o acesso e a humanização:

Pra a equipe identificar a população e a população, assim, ser reconhecida aqui dentro. Porque se a equipe ainda trabalha, e trabalha como todos outros, muito centrada no centro de saúde ainda e não na equipe de saúde da família e isso não é uma coisa que você não vai mudar em 1 ano em 2 anos, eu precisava arrumar recursos para que a população pudesse ser reconhecida e assim, dentro da unidade. [...] Oh que equipe, não tinha nada que identificasse, era um prontuário branco, nada de diferente. Aí, assim, então num trabalhou isso, porque você sempre trabalhou com a população geral, toda comum. Não tinha ainda descoberto, de repente era uma forma de identificar, identificando o prontuário por área e isso aproximaria as equipes. Eu também não sabia o quanto aproximaria as equipes da população só depois [...] (X., coordenadora da UBS)

Não, porque assim, a população começa reconhecer a equipe dela aqui dentro. Também telefona, eu quero falar com fulano, a fulana mandou falar com ela, porque ela já sabe. Melhora o acesso, porque o acesso é a pessoa ter a oportunidade de ela ter o problema resolvido. Ela consegue trazer, levar o problema e ser resolvido. (idem)

O fato dela chegar, dela saber e a B. [enfermeira] que já conheça a história dela, já sabe do problema dela e a B. [enfermeira] tá acompanhando, se eu for chegar e falar então tá ‘tudo bem? Bom dia’, esse meu bom dia eu acho que nesse caso não organiza, ela vai começar do zero, vai explicar tudo, eu não vou entender o contexto, eu vou tomar uma conduta que de repente não é adequada. Mas a B. [enfermeira], que tá acompanhando, que sabe toda a história, ‘não, não’ é só isso aqui que tenho que fazer, pronto. Resolvido. Aí é humanização, na minha opinião. (idem)

Considerações finais

A invenção de diferentes práticas e instrumentos encontrados no âmbito do PSF, que orientam outra forma de organizar o trabalho na unidade, resultou de ajustes

propiciados pela mobilização cognitivo-afetivo-corporal, envolvendo uma inteligência específica, apontada por Dejours (2004) como “inteligência astuciosa”.

Percebemos a existência de um espaço público interno de discussão na unidade, principalmente nas reuniões de equipe e na mesa de almoço, constituindo o momento em que eram debatidos as ações, os problemas e os casos, em que todos os envolvidos na discussão sugeriam possibilidades de encaminhamento, criando as condições propícias à visibilidade dos ajustes e ao seu julgamento. Transformava-se, então, esta inteligência em *sabedoria*, gerando a dinâmica do reconhecimento, potencializando o trabalho como operador de saúde.

Essa sabedoria compunha o patrimônio daquele PSF, configurando uma forma muito específica de trabalhar. Acreditamos estar em curso o engendramento e o processamento do que a Clínica da Atividade denomina de *gênero profissional* ou gênero social do ofício, na medida em que observamos a construção de obrigações como, por exemplo, não permitir que nenhum usuário abandone a unidade sem ser escutado e as avaliações construídas pelos próprios profissionais de saúde da unidade, usadas na regulação de sua atividade. O gênero profissional se expressava nesta unidade pela constituição de um repertório de maneiras de agir, modos de iniciar e finalizar a atividade de trabalho no PSF a fim de garantir seus objetivos frente à ausência concreta do “como fazer o PSF”, apontada pelos diferentes profissionais.

O estabelecimento de uma *zona de desenvolvimento potencial*, a construção deste gênero profissional na unidade ampliava a capacidade normativa dos profissionais de saúde envolvidos com o cuidado à saúde, sua ação sobre os meios de trabalho e sobre si mesmo. De modo que detectamos na “forma de fazer o PSF” naquela unidade o enlace entre a inventividade, a luta pela saúde e a eficácia de suas ações.

O reconhecimento da eficácia do PSF realizado na unidade pode ser relatado em diferentes direções. Nossa primeira sinalização foi a indicação, por uma docente da Universidade Estadual de Londrina, daquele PSF como uma experiência bem-sucedida. Por outro lado, durante o desenvolvimento da pesquisa, o espaço da unidade era compartilhado não só com os profissionais que lá trabalham, mas também com uma série de outros pesquisadores que chegavam à unidade com o mesmo propósito: investigar aquela experiência de PSF. Os percursos até chegarem àquela unidade foram diferenciados, mas nos chamou atenção o fato de a maioria ser encaminhada pela própria gerência municipal de saúde com a mesma indicação: experiência bem-sucedida.

Os espaços de discussão e o debate constante entre os diferentes trabalhadores sobre o desenvolvimento do trabalho no âmbito do PSF naquela unidade ofereciam oportunidade de retoques e de re-elaboração dos modos de agir pelos profissionais de saúde envolvidos,

garantindo assim a renovação permanente do gênero profissional. A coordenadora da unidade explica:

Então, eu preciso ter essa visão, preciso estar conversando com os profissionais porque eles também, porque o que acontece quando você tem esse atendimento, esse tumulto, você não consegue raciocinar e esse, essa coisa de fazer, fazer, atender, e é urgência agora, corre, entra na outra sala, ausculta, isso é como se desse uma, como que eu vou dizer pra você, você fica meio robô, você não raciocina. (X., coordenadora da UBS)

Isso eu descobri que funciona, você construir um instrumento ali com aquela equipe, com aquela realidade. (idem)

Referências

BAKHTIN, M. *A estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev. bras. Saúde Mater. Infant.*, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan./mar., 2003.

_____. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil/ Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de Saúde da Família – 2001/2002*, Brasília, 2004.

_____. *Atenção Básica e Saúde da Família. Números da Saúde da Família*, 2007. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>. Acesso em: 25 jul. 2007.

BRITO, J. et al. Saúde, cadê você? Cadê você? In: BRITO, J., NEVES, M.; ATHAYDE, M. (Orgs.). *Caderno de textos: programa de formação em saúde, gênero e trabalho nas escolas*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003. p. 23-40.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11-21, 2002.

CAMPOS, G. W. S. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: HUCITEC, 1991.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. Meio e normas do homem no trabalho. *Pro-posições*, Campinas, v. 12, n. 2-3, p. 109-121, jul./nov., 2001.

_____. A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. In: Canguilhem G. *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005, p. 35-48.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *Hist. cienc.*

Se entendemos que trabalhar não é mera execução de normas e prescrições, no caso do PSF acrescenta-se outro ingrediente: a ausência de instruções de como fazê-lo funcionar. Os profissionais de saúde, operadores do PSF junto com os usuários, frente ao “vazio de normas” gerado pelas lacunas da organização prescrita do trabalho, renormatizavam seu meio de trabalho, criando instrumentos, sistemas de informação e comunicação e procedimentos. Por outro lado, lembremos que renormatizar remete às dramáticas do uso de si, instaladas pela tentativa de articular o uso de si por/para outrem e o uso de si por/para si.

saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 287-307, jul./out., 1997.

CLOT, Y. *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*, Paris: La Découverte, 1995.

_____. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.

_____. Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle Revue de Psychosociologie* n. 1, Paris, 2006a, p. 165-177.

_____. *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: PUF, 2008.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis-SC, 1994-2000. *Cad. saúde públ.*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 191-202, 2002. Suplemento.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Agentes comunitários de saúde: a busca pela confiança e reconhecimento. In: CREUTZBERG, M. et al. (Orgs.). CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56., 2004, Gramado. *Livro-Temas*. Gramado: 2004. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>. Acesso em: 26 set. 2005.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, v. 14, n. 54, abr./jun., 1986.

_____. Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Rev. adm. emp.*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993.

_____. *O fator humano*. Rio de Janeiro, Editora FGV, 1997.

_____. Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho real, In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Orgs.). *Christophe Dejourns: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro/Brasília: Fiocruz/Paralelo 15, 2004. p. 277-299.

- _____. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez, 2004.
- GUÉRIN, F. et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.
- MENDES GONÇALVES, R. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico*. 1979. 203 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.
- MERHY, E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- ODDONE, I.; RE, A.; BRIANTI, G. *Redécouvrir l'expérience ouvrière*. Paris: Éditions Sociales, 1981.
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. Processo de trabalho em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. saúde públ.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.
- SCHWARTZ, Y. *Expérience et connaissance du travail*. Paris: Messidor/Éditions Sociales, 1988.
- _____. *Travail et Philosophie: convocations mutuelles*. Toulouse: Octarès, 1992.
- _____. *Le padadigme ergologique ou un métier de Philosophe*. Toulouse: Octarès, 2000.
- _____. Ergonomia, filosofia e exterritorialidade. In: DANIELLOU, F. (Org.). *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgard Blücher, 2004. p. 141-180.
- SCHWARTZ, Y.; DERRIVE, L. (Orgs.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007.
- SILVA, A. C. B. *A gestão de unidades básicas de saúde frente ao desafio da estratégia de saúde da família*. 2006. 208 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- SOUZA, H. M.; SAMPAIO, L. F. Atenção Básica: política, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. A. (Orgs.). *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: Unicamp, IE, 2002. p. 9-32.
- VIANA, A. L.; DAL POZ, M. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.
- VIGOTSKI, L. S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- ZARIFIAN, P. Mutações dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In: SALERNO, M. (Org.). *Relação de serviço: produção e avaliação*. São Paulo: SENAC, 2001. p. 67-93.

Tatiana Ramminger¹
Jussara Cruz de Brito¹

O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos

Mental health work: a preliminary analysis of public service workers' health

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz.

Contato:

Tatiana Ramminger
Rua Paulo de Frontin, 290/402 – Centro
– Barra do Piraí-RJ
CEP 27123-120
E-mail:
ramminger@ensp.fiocruz.br

Resumo

Neste artigo, colocamos o foco sobre o trabalho em saúde mental, através de três movimentos, com o objetivo de dar um primeiro passo no sentido de abordar a problemática da saúde dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O primeiro movimento é dedicado à genealogia do trabalho em saúde mental, buscando compreender os tensionamentos e as transformações que configuraram este campo de trabalho tal como o conhecemos hoje. No segundo movimento, discutimos e apresentamos a diversidade da produção bibliográfica brasileira sobre a relação entre saúde e trabalho em saúde mental. No último movimento, fazemos uma primeira aproximação do campo de pesquisa realizando entrevistas, individuais e em grupo, com trabalhadores de saúde mental, buscando colocar a experiência dos trabalhadores no centro da análise da relação entre saúde e trabalho. Esses três movimentos permitiram reunir alguns elementos que darão subsídios à continuidade de nossa pesquisa, que privilegiará a interlocução ética entre os saberes advindos da experiência e aqueles construídos nos diferentes campos acadêmicos e disciplinares.

Palavras-chaves: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador, atividade de trabalho.

Abstract

Through three movements, this paper foccuses on analyses of the relation between health and work at mental health public services. The first movement is devoted to mental health work genealogy and is an attempt to understand the tensions and transformations which have shaped this work field, such as it is known nowadays. In the second movement, it discusses and presents the diversity of Brazilian bibliographical production concerning relation between health and work at mental health services. In the last movement, the authors first approach the research field, carrying out individual and group interviews, with mental health service workers, trying to place these workers' experiences in the center of the relation between health and work analysis. These three movements allowed the authors to put together some elements that will subside the continuation of their research and will favor the ethical dialogue between knowledge coming from experience and built in different academic fields and subjects.

Keywords: psychiatric reform, worker's health, working activity.

Recebido: 04/09/2007
Revisado: 25/04/2008
Aprovado: 21/05/2008

Introdução

No processo de mudança do paradigma sanitário brasileiro, encontramos dois campos que têm se consolidado, tanto nas práticas de atenção à saúde, como nos meios acadêmicos e nos movimentos sociais: a Saúde do Trabalhador e a Saúde Mental.

O primeiro insere-se na tradição dos estudos sobre a relação entre saúde e trabalho, diferenciando-se, no entanto, da Medicina do Trabalho ou da Saúde Ocupacional, na medida em que propõe colocar o processo de trabalho (e não o indivíduo) no centro da análise dessa relação, defendendo mudanças em processos de trabalho potencialmente produtores de adoecimento, ao mesmo tempo em que pretende valorizar o saber e a experiência do trabalhador sobre seu próprio trabalho, entendendo-o como sujeito ativo do processo saúde-doença e não, simplesmente, como objeto de atenção à saúde (MINAYO-GOMEZ; THE-DIM-COSTA, 1997).

Já o campo da Saúde Mental questiona a hegemonia da Psiquiatria no tratamento da doença mental, problematizando a relação da sociedade com a loucura, bem como propondo um deslocamento da idéia de “cura” para a de “cuidados”, da ideologia do “reparo” para a de “direitos”, dos “muros dos hospitais psiquiátricos” para a “circulação pela cidade” (SARACENO, 1999), apontando as mudanças nos modos de trabalhar como fundamentais para a efetivação desse processo.

Observamos que o foco dos estudos na Saúde Mental tem sido o cuidado daqueles que padecem de sofrimento psíquico, sendo o trabalho necessário a esse cuidado pouco explorado. Da mesma forma, para a Saúde do Trabalhador – que tem acumulado estudos principalmente em organizações privadas e industriais – o trabalho em saúde e em saúde mental é praticamente relegado à invisibilidade (RAMMINGER, 2006; SANTOS-FILHO; BARROS, 2007).

Considerando esse hiato, nossa proposta é aproximar esses dois campos, contribuindo com a análise da relação entre saúde e trabalho nos serviços públicos de saúde mental, em busca da construção de espaços “desinstitucionalizantes” e produtores de saúde, não só para os familiares e usuários dos serviços, mas também para seus trabalhadores.

Mas como fazer isso? Que caminhos percorrer? Mais do que respostas, nossa intenção aqui é explicitar o modo como construímos nossas perguntas. Percorremos o território que nos interessa, qual seja, da relação entre saúde e trabalho em saúde mental, valendo-nos daquilo que chamamos de “três movimentos”.

O primeiro e o segundo movimentos são dedicados a uma revisão bibliográfica sobre como se configurou aquilo que hoje denominamos trabalho em saúde mental, bem como dos estudos acadêmicos brasileiros

que tratam dessa relação entre saúde e trabalho em saúde mental, em um entendimento de que precisamos conhecer os saberes já organizados sobre o tema que pretendemos estudar. Já no terceiro movimento, o objetivo foi realizar uma primeira aproximação do campo de pesquisa ouvindo, em grupo e individualmente, o que os trabalhadores de saúde mental tinham a dizer sobre sua atividade de trabalho. Este último movimento tem como preocupação valorizar a dimensão da experiência na produção de conhecimento.

Aliás, tanto o campo da Saúde Mental como o da Saúde do Trabalhador indicam a importância dessa dimensão. Foi a experiência, sobretudo as vivências de exclusão e violência, que uniu trabalhadores, usuários e familiares em torno da luta antimanicomial, possibilitando a afirmação daquilo que Foucault (1999b) denominou de “saberes minoritários” contra os efeitos de poder centralizadores, ligados à instituição de um discurso hegemônico, considerado mais verdadeiro e legítimo do que outros. Da mesma forma, a Saúde do Trabalhador defende o protagonismo dos trabalhadores na identificação e no enfrentamento de situações produtoras de adoecimento, incentivando a incorporação de suas experiências cotidianas na produção científica sobre o tema.

Nesse sentido, aproximamo-nos das teorias que privilegiam o ponto de vista da atividade, sobretudo a Clínica da Atividade (CLOT, 2006) e a Ergologia (SCHWARTZ, 2007), por compreender que nos auxiliam a recolocar os saberes e as estratégias dos trabalhadores no centro da análise da relação entre saúde e trabalho. Schwartz (2000) vai apontar a necessidade de uma “humildade epistemológica” para potencializar o encontro entre o “pólo dos saberes organizados” (das disciplinas) e o “pólo dos saberes investidos na atividade” (da experiência). Uma troca que exige humildade de ambos os lados: dos pesquisadores, para retornar a palavra à atividade, e dos trabalhadores, para aprender e debater os conceitos. Humildade que tentamos exercitar desde já, considerando que nosso maior desafio não é apenas incorporar as experiências dos trabalhadores aos estudos acadêmicos, mas auxiliar no desenvolvimento e no fortalecimento dessas experiências, visando à ampliação da capacidade de fomento e defesa da saúde dos trabalhadores.

Primeiro movimento: Genealogia – retornar ao passado para compreender o que somos hoje

A história da implantação dos hospitais psiquiátricos no Brasil é amplamente discutida e divulgada, portanto pinçaremos apenas os aspectos que se relacionam com a formação e a constituição do trabalho em saúde mental, ou seja, com a criação de uma atividade de trabalho que tem como finalidade o cuidado do louco. Isso ajudará também a nos aproximarmos daquilo que Clot (2006) chamou de “gênero profissional do coletivo de trabalho”, em um entendimento de que cada ofício constrói, coletivamente, em torno de

si, como que um guia de ação, uma gama de atividades que, implicitamente, são proibidas ou desejadas em determinada profissão. Sendo assim, o gênero profissional retém a memória impessoal de um meio, conservando e transmitindo a história social e dando suporte às estratégias de comportamento individuais de cada trabalhador.

E qual será a história desse coletivo que tem como atividade o cuidado do louco? Será que formam um coletivo homogêneo? O que integra sua memória? Quais são seus modelos e experiências anteriores?

Antes da naturalização da loucura como tema para especialistas e da determinação de um lugar específico para seu tratamento, é sabido que os loucos perambulavam livremente pelas ruas das cidades brasileiras e que, quando perturbavam a ordem pública, eram recolhidos às Santas Casas de Misericórdia ou Cadeias Públicas. Além dos castigos corporais e das celas insalubres, a eles eram destinados os cuidados de religiosas ou leigas que não estavam ali para realizar a cura do doente, mas para garantir sua própria salvação espiritual (FOUCAULT, 1999). Sendo assim, inicialmente não há nenhuma formação, qualificação ou remuneração formal para esta prática, identificada tanto com a função “natural” de cuidadora das mulheres, como com os ideais cristãos: cuidado que é caridade e forma de expiar pecados.

Em contraponto a essa atividade desqualificada, temos a especialização do olhar sobre o louco e de seu cuidado, quando a loucura não é mais castigo dos deuses, possessão, bruxaria ou júbilo, mas uma doença, mais especificamente uma doença da mente. Philippe Pinel, portador do discurso nascente da Psiquiatria do século XIX, defende que a loucura é um desarranjo das funções mentais. Isso se deve, sobretudo, a um tipo de imoralidade – excesso ou desvio – passível de cura por um “tratamento moral”, sendo necessário um lugar específico e o afastamento do convívio social para esta reeducação. Sendo assim, a internação passa a ter um objetivo também “terapêutico”, ocorrendo uma mudança significativa na distribuição das responsabilidades em relação ao louco, antes divididas entre diferentes instâncias sociais (Estado, família, justiça e administração local) e agora concentradas na Medicina, que passa a assumir sozinha tal encargo (SILVA, 2005; SILVA, M. B. B., 2007).

Essas idéias influenciam todo mundo ocidental, inclusive o Brasil. No entanto, há de se ter cuidado ao querer estender para a nossa realidade o que ocorreu na Europa. Análises do processo de disciplinarização da sociedade, via Medicina, tais como as realizadas por Foucault (1999) e Castel (1978), sem dúvida nos auxiliam na compreensão do que ocorreu no Brasil, mas não podem ser superficialmente generalizadas, desconsiderando a singularidade de nosso contexto sócio-histórico-cultural. Se na França do século XVIII a criação do hospital psiquiátrico e o nascimento da Psiquiatria integravam a passagem entre o absolutis-

mo e o liberalismo, sob a batuta da Revolução Francesa, no Brasil do século XIX representou o coroamento simbólico do nascente Império. Tanto é que o ato que marca a maioridade de D. Pedro II como Imperador é, justamente, a assinatura do Decreto que cria o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro. Também, ao contrário da Europa, não foi uma decisão marcadamente influenciada pela mobilização da categoria médica, tampouco suscitou conflitos entre diferentes segmentos sociais. Ao contrário, foi uma solução pacificamente adotada, um consenso de elites, que queriam parecer modernas.

Sendo assim, no Brasil, em um primeiro momento, médicos, legistas e filantropos andaram de mãos dadas para retirar os loucos dos hospitais gerais, mas:

[...] rapidamente os primeiros passaram a reivindicar maior espaço nas decisões relativas aos alienados. Do término da construção do prédio do Hospício à sua administração, da definição da doença mental à sua cura, tudo deveria estar submetido ao olhar e à ação do médico. (WADI, 2002, p. 121)

Aqui é interessante notar essa transição do *cuidado* da loucura para a idéia de uma possível *cura* da doença mental. Scavone (2005), a partir da distinção entre as palavras inglesas *to care* (cuidar) e *to cure* (curar), destaca a constituição do saber-poder médico que separa as atividades de cuidado (preventivos) daquelas ligadas à reparação do corpo doente (curativos). Essa distinção acaba por contribuir para a divisão sexual do trabalho em saúde, cabendo as atividades de cuidado às mulheres, identificadas com os cuidados femininos dispensados à família, e aos homens as atividades de reparação da saúde, ligadas à representação de um saber técnico, mais valorizado socialmente. É assim que o psiquiatra, homem detentor do saber técnico médico, começa a substituir as mulheres religiosas no comando das atividades nesse novo espaço, agora designado como terapêutico. Inaugura-se, assim, o trabalho especializado no tratamento do doente mental.

O tratamento moral, tal qual preconizado por Pinel, tinha dois princípios básicos: o da disciplina e o do isolamento. Isso exigia uma organização espacial específica, assim como pessoas que cumprissem o papel da vigilância (e não necessariamente de cuidado). Em vários relatórios analisados por Wadi (2002) sobre o funcionamento de um hospício em 1884, encontramos a necessidade reiterada de aumentar o número de empregados, sobretudo para “estabelecer-se a vigilância precisa (...), correspondendo às necessidades que o serviço cria e que a ciência impõe” (p. 144).

Sendo assim, nesse primeiro momento, a enfermagem psiquiátrica pré-profissional também é exercida por uma maioria de trabalhadores homens do hospital, que acumulavam as funções de portaria, segurança e vigilância dos pacientes. A escolha de homens para essa função estava nitidamente ligada à idéia da periculosidade dos loucos e da necessidade de força física para conter os pacientes (ESCOLA POLITÉCNICA DE

SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003). O perfil exigido do enfermeiro psiquiátrico, construído de forma idealizada no discurso médico, incluía a severidade e a doçura, a coragem e a prudência, a discrição e a caridade, e “uma certa esfera intelectual para entender o médico e o doente” (SIMONI, 1839, apud MACHADO, 1978, p. 437). No entanto, a realidade era bem diferente, havendo carência de funcionários e baixa qualificação da mão-de-obra, resultado dos precários salários e das inúmeras exigências do cargo – contradições, aliás, não muito distintas das atuais!

Apesar disso, a função dos homens nos hospitais psiquiátricos acompanhou as mudanças no tratamento e no entendimento da loucura. Com a transformação do hospital, do saber e das práticas médicas, as práticas da enfermagem também se modificaram. Permaneceu, no entanto, a hierarquia presente nas congregações religiosas, inspirada na organização militar, em que as religiosas coordenavam e supervisionavam o serviço, enquanto o cuidado direto dos enfermos ficava a cargo de leigos, voluntários ou trabalhadores mal remunerados, oriundos de camadas mais pobres. Divisão do trabalho, sim, sem nenhum fundamento técnico, mas que foi reproduzida na profissionalização da enfermagem, com as enfermeiras que coordenavam e ensinavam de um lado e as auxiliares que executavam as ações do outro, oriundas de classes sociais diferentes.

Aqui é importante retomar o conceito de coextensividade desenvolvido por D. Kergoat. A autora chama atenção para o empobrecimento das análises que privilegiam ora as relações de classe, ora as relações de gênero, considerando que ambas devem ter o mesmo peso na explicação das relações de dominação e opressão no trabalho (HIRATA, 2002). Sendo assim, embora as atividades de cuidado em saúde estejam identificadas com um trabalho feminino e desqualificado, não podemos desconsiderar a divisão de classe entre aquelas que supervisionam e as que executam, evidenciando que as formas de exploração se modificam de acordo com a classe social das trabalhadoras².

A institucionalização da enfermagem reproduz, assim, a divisão do trabalho, de classe e de gênero, com o hospital sendo “um privilegiado espaço de profissionalização do trabalho doméstico” (PITTA, 1991, p. 131). Os cuidados em saúde aparentemente exigem pouca qualificação, estando associados à expressão do afeto nos cuidados femininos com a saúde na família, dificultando ainda mais seu reconhecimento como trabalho. Além disso, permanecem vinculados a seu passado religioso, com rígidos princípios morais e de disciplinarização. Como consequência, a representação social dessa profissão está ligada a virtudes como abnegação, docilidade, maternagem e espírito missionário.

Parece que essas características começam a se destacar em detrimento da força física à medida que a Psiquiatria vai se consolidando como discurso científico, abrindo espaço para a entrada maciça das mulheres nos hospitais psiquiátricos. Aos poucos, a divisão do trabalho nos hospitais psiquiátricos foi se cristalizando: ao médico psiquiatra coube a supervisão dos serviços e as atendentes de enfermagem ficaram com as atividades mais diretas de cuidado com o paciente, enquanto alguns homens permaneceram em atividades relacionadas à força e ao porte físico, como a guarda e a vigilância. Foi somente a partir da década de 1970 que se juntaram outros profissionais da área da saúde ao médico e às auxiliares. Tais profissionais eram igualmente, em sua maioria, mulheres, tais como enfermeiras, psicólogas e assistentes sociais, corroborando as estatísticas que confirmam o cuidado em saúde como um trabalho essencialmente feminino.

A continuidade dessa divisão sexual e social do trabalho em saúde mental, com hierarquização de funções não só entre homens e mulheres, mas também entre técnicos (nível superior) e auxiliares (nível médio), é confirmada em diversos estudos atuais. Lanzarin (2003), por exemplo, ao analisar o trabalho das atendentes e auxiliares de enfermagem de um hospital psiquiátrico público, atenta para a naturalização das competências femininas. O cuidado com o paciente toma a forma de uma relação maternal que, embora tenha seus efeitos no plano de reconhecimento profissional, não chega a ser reconhecido como uma qualificação ou competência da trabalhadora, e sim como um atributo inato.

Em pesquisa que avaliou a satisfação com o trabalho e o impacto causado nos profissionais de um serviço de saúde mental para pacientes de longa permanência, no Rio de Janeiro, 62,6% dos trabalhadores eram mulheres, sendo que esse segmento concentrou o menor nível de satisfação com o trabalho e o maior impacto sobre a saúde, interpretado pelas autoras como consequência da “dupla jornada” feminina (REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007). Mesmo nos novos serviços de saúde mental, essa divisão parece se repetir, como apontam estudos realizados em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Porto Alegre-RS, com 85% de mulheres (RAMMINGER, 2006), e no Ceará, onde 72,8% dos trabalhadores dos CAPS de todo o Estado são mulheres (GODOY et al., 2007).

Sendo assim, apesar das críticas e dos esforços para transformar os discursos, as formas de cuidado e as relações de trabalho nos novos serviços de saúde mental, muitas das características do trabalho nos hospitais psiquiátricos tendem a se reproduzir nesses locais, configurando-se em continuidades que integram um processo de ruptura com um modelo secular e hegemônico que começa a ser questionado

²Assim também em relação aos homens, que ocupam os dois extremos hierárquicos dessa divisão do trabalho: como médicos ou como vigilantes.

em todo mundo ocidental, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial.

A experiência da guerra e as discussões por ela suscitadas colaboraram para reforçar as críticas aos hospitais psiquiátricos, que começaram a ser comparados a campos de concentração, instituições totais, locais de violência e abandono, cada vez mais distantes de sua função de tratamento, mesmo que moral. Surgem o Movimento Institucional na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, o Movimento da Antipsiquiatria e a Desospitalização nos Estados Unidos (DESVIAT, 1999). Cada um, com suas particularidades e diferenças, pretendia questionar e modificar o tratamento e, conseqüentemente, o modo de se trabalhar com a doença mental.

A desinstitucionalização italiana, em particular, radicalizou essa proposta sem defender a reciclagem, a modernização ou a humanização do manicômio, mas sim sua extinção, entendendo que todos os estabelecimentos que seguem seu modelo e as lógicas que justificam sua existência são incompatíveis com uma política de respeito aos direitos humanos. Cabe lembrar que a proposta da desinstitucionalização não deve ser confundida com a desospitalização, pois não diz respeito ao mero fechamento de um estabelecimento, mas a um questionamento de um modo de funcionamento cristalizado e opressor. O alvo de sua crítica, portanto, não é apenas o hospital psiquiátrico, é também a “instituição psiquiatria”. Sua proposta é que o acento esteja na experiência de sofrimento do sujeito e não em sua doença, sendo que sua principal linha de ação é a luta política pela transformação no modo como a sociedade se relaciona com a loucura.

No Brasil, essa discussão, não por acaso, toma força no final dos anos de 1970, após mais de uma década de um totalitário regime militar, com a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que se mobilizaram não só por mudanças no tratamento psiquiátrico, mas também pela reforma sanitária e pela redemocratização política do país. Na década seguinte, essa iniciativa amplia-se em vários sentidos. Usuários e familiares juntam-se aos trabalhadores, dispostos a implicar toda sociedade no questionamento da segregação da loucura. Sob o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, cria-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, claramente inspirado no modelo italiano que, com sua ênfase nos direitos e na cidadania do louco, traduzia aquilo que era desejado também por grande parte dos brasileiros naquele momento.

Como bem nos coloca Tenório (2002), a década de 1980 assistiu a três processos importantes para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira:

[...] a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental. (p. 34)

Esse novo cuidado inclui alguns deslizamentos conceituais que nos dão uma idéia das mudanças pretendidas: do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, do doente mental para o portador de sofrimento psíquico intenso, dos muros dos hospitais psiquiátricos para a circulação pela cidade, de paciente para usuário, da clínica psiquiátrica para a atenção psicossocial, do incapaz tutelado para o cidadão. Essa mudança pressupõe não apenas novos paradigmas e conceitos, mas igualmente a invenção de outros modos de intervir, gerir serviços, relacionar-se, trabalhar. Um outro trabalhador, não necessariamente “novo”, surge com a reforma psiquiátrica, havendo, inclusive, denominações que rompem com os especialismos profissionais, tais como cuidadores, acompanhantes terapêuticos e técnicos de referência (PALOMBINI et al., 2004; SILVA, M. B. B., 2007).

O cuidado em saúde mental não pode mais ser reduzido a uma atividade caridosa ou à execução de tarefas, baseado em um conhecimento técnico-científico. Ele exige, agora, um trabalhador implicado política e afetivamente com a transformação dos modos de cuidar e de se relacionar com a loucura, sendo que uma crescente autonomia na gestão do trabalho em saúde mental é diretamente proporcional ao aumento de responsabilidades e compromissos das equipes de trabalho (SILVA, 2005).

Após três conferências nacionais (1987, 1992 e 2001), uma lei nacional e oito estaduais (BRASIL, 2002), a política de saúde mental brasileira, apoiada pelos movimentos sociais, esforça-se em deslocar a assistência dos hospitais psiquiátricos para a rede comunitária de saúde. A principal estratégia são os CAPS, que não são apenas um serviço a mais, intermediário entre a hospitalização e os ambulatórios, mas centros de referência por excelência, o dispositivo principal de uma rede que inclui desde as unidades de saúde da família até as residências terapêuticas.

Da mesma forma, os CAPS não são mais restritos a uma única clientela, a de psicóticos crônicos que necessitam de cuidados intensivos, mas passam a incluir ações de cuidado semi-intensivo e não intensivo, bem como atendimento a crianças, adolescentes e usuários de álcool e outras drogas. Para se ter uma idéia da amplitude dessa mudança, o Brasil atingiu, em 2006, a marca de mil CAPS cadastrados, sendo que, pela primeira vez, o montante de recursos financeiros destinados à atenção extra-hospitalar superou àqueles destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2007).

De todo modo, as mudanças nas formas de compreender, ampliar e diversificar o cuidado do louco não garantem a modificação do processo de trabalho. Como veremos, diversas pesquisas apontam o despreparo dos profissionais para trabalhar sob esse novo paradigma de atendimento em saúde mental, havendo uma tendência a reproduzir o modelo dos hospitais psiquiátricos. Entretanto, para não cair na simplista

culpabilização dos trabalhadores, temos que considerar que o dispositivo do hospital psiquiátrico não só foi eficaz no controle e na disciplinarização dos “doentes”, como teve também fortes efeitos nos modos de trabalhar dos profissionais.

Palombini (2003) aponta que a ética que regeu as relações de trabalho nestas instituições não foi diferente daquela que regulou sua relação com a loucura, instituindo “a obediência como modo de relação, desautorizando a invenção e prescrevendo comportamentos” (p. 161). Oliveira e Alessi (2003), pesquisadoras do Mato Grosso, entendem que houve um processo de desumanização de profissionais e pacientes nesses locais. Lanzarin (2003) pergunta-se se esses trabalhadores são carcereiros ou encarcerados; Zerbetto e Pereira (2005) consideram necessário o processo de desinstitucionalização da atividade de enfermagem, assim como Oliveira e Alessi (2003) apontam para a co-relação entre a inclusão dos pacientes como cidadãos no processo terapêutico e a correspondente percepção dos trabalhadores em relação à sua própria cidadania. Finalmente, Palombini (2003) conclui:

[...] não há resgate de cidadania, não há acolhimento à diferença radical que representa a loucura, se os profissionais que com ela trabalham não forem, eles também, respeitados em suas diferenças e reconhecidos como sujeitos do seu trabalho. (p. 162)

Segundo movimento: Saberes Organizados – o que dizem os pesquisadores brasileiros sobre a relação entre saúde e trabalho em saúde mental

No levantamento bibliográfico a respeito da relação entre saúde-adoecimento e trabalho em saúde mental, sobretudo a partir do processo de implantação da reforma psiquiátrica no país, percebemos que os estudos privilegiam as mudanças recentes nesse campo, sobretudo na concepção da loucura e nas formas de tratamento em saúde dos usuários.

Farta bibliografia preocupa-se em (re)discutir a função dos diferentes profissionais nas equipes dos novos serviços de saúde mental como, por exemplo, a atuação do terapeuta ocupacional (MANGIA, 2000; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005), do psicólogo (FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004), do assistente social (VASCONCELOS, 2000), do psicanalista (FIGUEIREDO, 2001), do acompanhante terapêutico (PALOMBINI, 2004) e, sobretudo, dos enfermeiros (KIRSCHBAUM; PAULA, 2001; OLIVEIRA; ALESSI, 2003; SILVEIRA; ALVES, 2003; SILVA; FONSECA, 2005), técnicos e auxiliares de enfermagem (MARANHÃO, 2004; ZERBETTO; PEREIRA, 2005). Destaca-se, ainda, a tendência a repetir padrões comuns ao hospital psiquiátrico, mesmo com severas críticas a esse modelo (CAMPOS; SOARES, 2003; BICHAFF, 2006; ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Por outro lado, a bibliografia disponível sobre a relação entre saúde e trabalho em saúde mental é recente, somando pouco menos de uma década. Em sua

maioria não são estudos epidemiológicos ou quantitativos, destacando-se as análises da relação entre trabalho e adoecimento/empobrecimento psíquico. Sendo assim, apresentaremos brevemente as principais abordagens do campo designado como “saúde mental e trabalho”, inserindo nesta sistematização os estudos sobre o trabalhador de saúde mental.

Estabelecer a relação entre doença-saúde mental e trabalho não é tarefa fácil, visto que o processo de adoecimento psíquico é sempre singular, envolvendo várias dimensões da vida do sujeito. Isso pode dificultar pesquisas quantitativas, como os estudos epidemiológicos que, no entanto, são fundamentais para nos dar a dimensão deste “invisível” que pode tornar-se mais palpável na medida em que começa a ser reconhecido, pelo menos nas estatísticas (TITTONI, 1997). Os números da Previdência Social, por exemplo, colocam as psiconeuroses como a primeira causa de incapacidade temporária, ocupando o segundo e o terceiro lugares entre as causas de incapacidade permanente e invalidez sem, no entanto, existir referência quanto à relação destes índices com o trabalho (MENDES, 1997).

O peso das estatísticas somado ao esforço dos pesquisadores e dos movimentos sociais culminou no reconhecimento legal da relação entre saúde mental e trabalho no Brasil, a partir de 1999, através do Decreto nº 3.048 do Ministério da Previdência e Assistência Social, que discrimina os transtornos mentais relacionados ao trabalho. Dentre estes, encontramos a síndrome do esgotamento profissional, ou de *burnout*, descrita pelas teorias do estresse.

As teorias do estresse, embora tenham como referencial básico a Fisiologia, originaram modelos mais complexos com a inclusão da perspectiva social e da subjetividade (SELIGMANN-SILVA, 2003). A síndrome de *burnout*, mesmo que originalmente não estivesse exclusivamente ligada às situações de trabalho, hoje tem sido apontada como recorrente entre os trabalhadores da educação, da saúde e segurança, sobrecarregados em suas formas de prover cuidado (CODO, 1999). Segundo Codo, suas principais características são a exaustão emocional, a despersonalização da atenção e a falta de compromisso com o trabalho. As pesquisas que seguem esse referencial, em relação ao trabalho em saúde mental, apontam um alto índice de esgotamento emocional e estresse crônico entre os profissionais, diretamente proporcional ao tempo e à intensidade no cuidado direto do paciente (FENSTERSEIFER, 1999; REGO, 2000; COSTA; LIMA, 2002; RAMMINGER, 2002; VIANEY; BRASILEIRO, 2003).

Por outro lado, Carvalho e Felli (2006) buscaram analisar o processo saúde-doença vivenciado pela equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico a partir dos conceitos de carga de trabalho e desgaste, concluindo que esses trabalhadores apresentaram um intenso desgaste mental mais pelas condições de trabalho do que pelo convívio com os pacientes. As cargas de trabalho (físicas, químicas, biológicas, fisio-

lógicas e psíquicas), segundo Laurell e Noriega (1989), são elementos do processo de trabalho que atuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda das capacidades corporal e psíquica, potenciais e/ou efetivas.

Nessa direção, Bandeira, Pitta e Mercier (2000) validaram, no Brasil, escalas internacionais de avaliação da satisfação e da sobrecarga das equipes técnicas de serviços de saúde mental, que começam a ser utilizadas em pesquisas de avaliação, fornecendo importantes subsídios para estudos epidemiológicos. Rebouças, Legay e Abelha (2007) aplicaram o questionário em 321 profissionais de uma instituição da cidade do Rio de Janeiro, enquanto Godoy et al. (2007) apresentaram resultado preliminar de pesquisa realizada com todos os trabalhadores da rede de CAPS do Ceará. Nesses estudos, a satisfação é considerada um estado emocional que envolve a interação das características pessoais, dos valores e das expectativas dos profissionais com o ambiente e a organização do trabalho. Já o impacto diz respeito às repercussões do trabalho sobre a saúde e o sentimento de bem-estar do trabalhador (REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007).

Em ambos os estudos, a maior satisfação no trabalho esteve relacionada à atuação em projetos novos e com *status* diferenciado, à menor escolaridade, à maior idade e ao contrato de trabalho precário. As pesquisadoras atribuem o resultado ao fato de que, provavelmente, os profissionais mais jovens e com escolaridade mais elevada têm maiores expectativas em relação ao trabalho e, no caso dos mais jovens, há menos recursos para lidar com os problemas inerentes ao desempenho das atividades. Em relação ao impacto do trabalho, os resultados foram antagônicos. Enquanto os resultados encontrados por Rebouças, Legay e Abelha (2007) não remetem à associação significativa com a escolaridade, Godoy et al. (2007) apontam a relação direta entre a baixa escolaridade e o menor impacto do trabalho na vida dos trabalhadores.

A pesquisa de Lanzarin (2003), ancorada na Psicodinâmica do Trabalho, procurou analisar as relações entre trabalho, prazer e sofrimento das auxiliares de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Sob inspiração da Psicanálise, Dejours (1999) entende que, frente às vivências de sofrimento, os trabalhadores desenvolvem, coletivamente, estratégias defensivas que podem ser muito úteis, pois permitem que as pessoas continuem trabalhando, sobrevivendo à angústia, no entanto:

(...) as estratégias defensivas podem atenuar o sofrimento, mas, por outro lado, se funcionarem muito bem e as pessoas deixarem de sentir o sofrimento, pode-se prever a alienação. (DEJOURS, 1999, p. 171)

Lanzarin (2003) percebeu grande envolvimento emocional entre as auxiliares de enfermagem e a clientela atendida. Segundo a pesquisadora, se por um

lado essa intensificação do laço afetivo constitui-se fonte de gratificação para as auxiliares, funcionando como estratégia defensiva frente ao medo e à angústia, por outro lado acaba contribuindo para a exploração do trabalho. Em sua maioria mulheres, as auxiliares acabam tomando para si algumas responsabilidades que não estão relacionadas com a função que desempenham. Ao mesmo tempo, como já dissemos, esse cuidado não é reconhecido como uma qualificação ou competência da trabalhadora, mas como expressão de um instinto maternal inato, dando assim sustentação à construção de uma estratégia defensiva contra o sofrimento do trabalho em hospital psiquiátrico.

Embora não utilizando apenas o referencial dejouriano, mas ancorando-se nas vivências de sofrimento dos trabalhadores, Ferrer (2007) e Silva (SILVA, E. A., 2007) nos apresentam análises similares de estudos realizados com os profissionais dos CAPS, respectivamente, de Campinas-SP e Goiânia-GO. Ambas mencionam, por exemplo, como importantes componentes que contribuem para o sofrimento do trabalhador de saúde mental: a baixa remuneração; os contratos diferenciados e, por vezes, precários de trabalho; as más condições física e material dos estabelecimentos; a limitação das demais redes de suporte e promoção social; a carência de uma política de cuidado para os trabalhadores da saúde; e o próprio fato de lidar com a loucura. Por outro lado, as duas pesquisadoras também apontam a implicação e o prazer desses trabalhadores com sua atividade.

Resultado semelhante é apontado em estudo com trabalhadores de um CAPS de Porto Alegre-RS, onde a preocupação foi demonstrar que o acolhimento das questões relacionadas à saúde no trabalho depende do funcionamento e das diretrizes particulares de cada serviço, evidenciando o quanto a precariedade das políticas públicas de atenção à saúde do servidor público reflete-se nos serviços de saúde mental. Partindo do ponto de vista dos trabalhadores de saúde mental sobre a relação entre a saúde e suas atividades de trabalho, a análise concluiu que os trabalhadores habitam um espaço de tensionamentos e confrontos. Primeiro, pela circulação de diferentes formações discursivas que incluem desde a crença de que cuidar é uma forma de caridade (discurso religioso), passando pela afirmação de que é a Ciência que pode falar do tratamento da loucura (discurso científico), até o entendimento de que o trabalho em saúde mental não pode ser reduzido a um domínio de técnicas, devendo incluir a implicação políticoafetiva com a construção de outro modo de se relacionar com a loucura (discurso antimanicomial). Segundo, pela oscilação dos trabalhadores entre um papel desafiador e criativo, como agentes de um dispositivo que se pretende inovador, e a constante desvalorização de sua função enquanto servidores públicos, traduzida na falta de investimentos e de ações intersetoriais, que tanto impõe limites para a prática, como responsabiliza individual, excres-

siva e exclusivamente o trabalhador pela resolutividade dos serviços (RAMMINGER, 2006).

Da mesma forma, o interessante artigo de Silva (2005) sobre discursos e práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental aponta para o aumento da responsabilidade e da autonomia do trabalhador de saúde mental em seu processo de trabalho. No entanto, a exigência de que o trabalhador esteja apto a resolver problemas complexos não é acompanhada do aumento dos necessários recursos teóricos, financeiros e emocionais, em uma clara tendência à precarização do trabalho em saúde, somada a expectativas cada vez maiores em relação ao trabalhador. Além disso, a “tomada de responsabilidade” – jargão do campo da saúde – não é apenas do serviço (pelo território), mas também do trabalhador (pelo seu processo de trabalho), do usuário (por sua condição subjetiva), da família e da comunidade de modo geral (responsabilização social dos atores) em um processo em que distintos campos – Saúde Pública, Análise Institucional e Psicanálise – unem-se em torno do discurso de convocação à responsabilidade.

Outros estudos, embora não lidem diretamente com a relação entre saúde e trabalho, privilegiando as teorias sobre a representação social, corroboram a compreensão do trabalho em saúde mental como uma atividade complexa, com a circulação de distintos discursos e com um sobre-encargo do trabalhador, principalmente pelo desinvestimento no trabalho e nos serviços públicos (KODA, 2002; ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Assim, a precarização do trabalho em saúde mental, a falta de condições de trabalho adequadas para um número sempre insuficiente de trabalhadores, com excesso de encargos e responsabilidades, salientadas em diversos estudos atuais, integram uma herança que acompanhou o hospital psiquiátrico desde a sua fundação e parece ter se perpetuado nos novos serviços de saúde mental (GODOY et al., 2007; SILVA, E. A., 2007; FERRER, 2007).

Finalmente, Merhy (2004), embora sem a pretensão de apresentar um estudo mais sistematizado, compartilha suas reflexões a partir de sua experiência como supervisor de um CAPS. Ele afirma ser necessário:

[...] construir um campo de proteção para quem tem que inventar coisas não pensadas e não resolvidas, para quem tem que construir suas caixas de ferramentas, muitas vezes em ato, sendo cuidador, deve ser cuidado. (p. 4)

O autor descreve o trabalho nos CAPS como algo árduo, com intensa demanda de múltiplos cuidados, o que faz o trabalhador experimentar sentimentos intensos e antagônicos, cobrando de si mesmo e da equipe uma disponibilidade e abertura difíceis de manter permanentemente, sobretudo “para aqueles que ofertam seu trabalho vivo para vivificar o sentido da vida do outro” (MERHY, 2004, p. 6). São sentimentos de tristeza, exaustão e impotência que caminham lado a lado com

a exigência de acolhimento e resolução de problemas complexos de forma criativa e entusiasmada.

Dessa forma, Merhy (2004) introduz a “alegria” como dispositivo analisador, afirmando que só um coletivo que está em “plena produção de vida em si e para si”, que tem vida para ofertar, pode instigar a produção de novos sentidos para o viver de outros, sendo a alegria uma das formas de expressão desta produção. A alegria é tomada como “indicador da luta contra a tristeza e o sofrimento, a que são submetidos todos os coletivos de trabalhadores da saúde” (MERHY, 2004, p. 7), sendo necessário um espaço de apoio para além das supervisões institucionais e clínicas que permita retomar a produção de vida, consumida no fazer cotidiano. Essa imagem do consumo da vida no trabalho remete à exaustão ou combustão (*burnout*) do trabalhador e da equipe:

Trago como indicador analítico a noção de exaustão do trabalhador, para se agregar ao de alegria/tristeza, no sentido de que um produtor de novas possibilidades de vida, que para isso consome a sua própria, se não produzi-la o tempo todo, exaure. (MERHY, 2004, p. 7-8)

Sendo assim, a bibliografia brasileira sobre o tema tende a destacar os desafios colocados aos trabalhadores pela proposta de cuidar sem segregar, definindo o trabalho em saúde mental como uma atividade, ao mesmo tempo, singular e coletiva, criativa e angustiante, gratificante e desgastante que, para além do corpo do trabalhador, deve contar com sua capacidade relacional, de sentimentos e de afetos. Os conceitos mais utilizados pelos pesquisadores são aqueles relacionados ao campo da “saúde mental do trabalhador”, tais como: ‘nível de estresse’, ‘desgaste’, ‘sobrecarga’, ‘impacto’, ‘sofrimento psíquico’ e ‘vivência subjetiva’.

Terceiro movimento: Saberes da Experiência – o que dizem os trabalhadores de saúde mental sobre sua atividade

Em primeiro lugar, cabe explicitar o que aqui estamos entendendo como “atividade”. O conceito de atividade de trabalho foi inicialmente desenvolvido pela Ergonomia, que cunhou esse termo para diferenciar o trabalho efetivamente realizado da mera prescrição de uma tarefa. O trabalho prescrito é definido pela ergonomia como “um conjunto de condições e exigências a partir das quais o trabalho deverá ser realizado” (ALVAREZ; TELLES, 2004, p. 67), ou seja, incluindo tanto as *condições* dadas para a realização de um trabalho (ambiente físico, matéria-prima, condições socioeconômicas), como as prescrições propriamente ditas (normas, ordens, resultados exigidos). A Ergonomia demonstrou que esse trabalho prescrito jamais corresponde ao trabalho real, pois, ao realizar uma tarefa, o trabalhador se depara com diversas fontes de variabilidade, desde as mais técnicas até as mais subjetivas. Temos, assim, a atividade de trabalho, que consiste justamente na realização

(sempre singular) de um trabalho, considerando-se tanto o trabalho prescrito, como as variabilidades que têm que ser geridas pelo trabalhador.

Schwartz (2003) incrementa esse debate com as reflexões do filósofo Canguilhem (2006). Para Schwartz, Canguilhem nos fornece importantes subsídios para pensar filosoficamente a atividade de trabalho, na medida em que considerou a vida como atividade de oposição à inércia e à indiferença. Nesse sentido, o ser humano não apenas adapta-se ao meio, mas (re)cria o próprio meio, no momento em que modifica e constitui normas de vida distintas, conforme as diferentes situações que se apresentam. Se trabalho e vida não são instâncias separadas, essa compreensão estende-se ao “meio de trabalho”.

O conceito de saúde em Canguilhem (2006) desafia as abordagens sistêmicas, que entendem a saúde como um “equilíbrio”, mesmo que provisório. Considerando essa linha teórica, a saúde no trabalho, por exemplo, estaria ligada a um ambiente ótimo, com total controle dos “riscos”, ao mesmo tempo em que o trabalhador seria uma vítima passiva desse processo. Já para Canguilhem, a perturbação não é algo que desequilibra um sistema, mas algo que possibilita a criação de novas normas para lidar com as variações próprias da existência, ou seja, a saúde não está ligada a uma ausência de perturbações, mas com a maneira de lidar com elas. Para este autor, portanto, o indicativo de saúde não está ancorado em um critério de normalidade, mas de normatividade, com a possibilidade de transgredir e criar outras normas, que permitam enfrentar situações de adoecimento e/ou empobrecimento subjetivo, inclusive no trabalho.

É neste sentido que Alvarez e Telles (2004) apresentam os recentes debates em torno do trabalho prescrito e sugerem o conceito de “normas antecedentes”, desenvolvido por Schwartz (2007). Esse conceito inclui as prescrições, mas não se limita a elas, pois são também “aquisições da inteligência e da experiência coletiva” (SCHWARTZ, 2000, p. 598), ou seja, dizem respeito não só a imposições externas, mas também à formação de um patrimônio conceitual, científico e cultural ao longo da história dos coletivos de trabalho, que formam valores e buscam guiar a atividade ou até mesmo constrangê-la. A essas normas (e valores) que antecedem a atividade de trabalho, somam-se os valores e a história singular do trabalhador. Sendo assim, diferentes normas, de variados contextos, não raro contraditórias, encontram-se no momento da atividade e é o trabalhador que terá que gerir estas diferenças e variabilidades.

Schwartz (2007) entende a atividade de trabalho como algo complexo, em que o trabalhador, ao mesmo tempo em que parece se submeter a algumas normas exteriores a ele, procura também transformá-las, para delas se apropriar, considerando as variabilidades do meio. É justamente essa ação normativa do trabalhador sobre seu meio de trabalho, mesmo quando

esta é quase imperceptível, que permite que determinada tarefa seja realizada, considerando que o real do trabalho sempre coloca situações novas, singulares e não previstas pelas normas antecedentes. Por outro lado, esse processo, também denominado “renormatização”, é sempre parcial, posto que nem todas as normas podem ser transgredidas ou transformadas pelo trabalhador ou seu coletivo de trabalho. As renormatizações acabam integrando-se às normas antecedentes, como se a atividade desenhasse um círculo (mas que nunca é repetição do mesmo!); normas antecedentes – infidelidade do meio – renormatizações..., em que as renormatizações contribuem para novas normas antecedentes, e assim sucessivamente. A atividade de trabalho para Schwartz é, assim, um processo dinâmico que vai das normas antecedentes à ação normativa do trabalhador.

Pensando o trabalho em saúde, sob o ponto de vista da atividade, Schwartz (2005) considera que os ofícios de cuidados à saúde não escapam das características gerais do trabalho como gestão. Ao contrário, talvez levem ao extremo essa gestão de normas e valores. Nos serviços em saúde há um encontro entre diferentes vontades, sujeitos e necessidades. Se o “usuário” tem que lidar com outra forma de vida a partir da experiência da doença, os trabalhadores da saúde têm como objetivo principal potencializar a capacidade normativa do doente. E essa atividade de trabalho, complexa e não facilmente codificável, vai ser diretamente influenciada pelas experiências dos próprios trabalhadores.

Uma gama de variáveis deve ser gerida pelo trabalhador, como, por exemplo, as diferentes prioridades ou valores que atravessam a atividade do trabalho em saúde. Esses valores abarcam tanto aqueles que podem ser dimensionados (orçamento, número de atendimentos, tempo de permanência, entre outros), quanto aqueles valores “sem dimensão” (a vida, a saúde, a luta contra a dor e pelo bem estar).

Assim, podemos nos perguntar: o que é desejável no trabalho em saúde? O que é resolutivo? Acalmar um paciente para dormir ou administrar um sonífero? Insistir na alimentação via oral de alguém debilitado ou colocá-lo no soro? Acompanhar uma pessoa com dificuldades de locomoção ao banheiro ou alcançar-lhe a comadre? Dopar um paciente psiquiátrico ou suportar seus delírios? Nesse intenso debate, qual será a escolha do trabalhador? Que valores serão priorizados? A rapidez? O orçamento? O acolhimento? A normatividade?

No entanto, como nos coloca Schwartz (2005), é justamente o reconhecimento desse retrabalho permanente (e necessário!) das várias exigências e prioridades que torna possível a atividade de trabalho em saúde. Ao contrário, quando a margem para escolhas é muito pequena, ou os valores priorizados as tornam “invivíveis”, percebemos a desmotivação e até mesmo o adoecimento dos trabalhadores. Deixar de atender

uma pessoa em estado grave, por exemplo, por superlotação do serviço, ou ainda pela impossibilidade financeira do paciente, pode ser uma decisão “invivível” para o trabalhador.

Considerando esses apontamentos, podemos agora tentar aproximar o olhar da atividade do trabalhador de saúde mental. É uma aproximação, na medida em que não realizamos uma análise da atividade de trabalho, mas apenas tecemos algumas considerações iniciais a partir de entrevistas realizadas com cerca de 50 trabalhadores, seja em grupo, presencialmente, ou individualmente, por via eletrônica, como forma de um primeiro contato com o campo³.

Os relatos consideram o trabalho em saúde mental como uma atividade que exige, subjetivamente, muito do trabalhador, não só pela “angústia que é lidar com o discurso que não faz laço com o outro”, com “aquilo que contagia à distância”, mas também porque a Reforma Psiquiátrica “nos colocou nesse lugar do ‘tem que fazer, tem que inovar, tem que pensar diferente’, dá mais trabalho, dá mais cansaço”. Não bastasse lidar com “meio” tão infiel quanto a loucura, parece existir também uma carência de normas antecedentes, em um ofício em permanente construção, pois “dentro de nenhum CAPS tem uma forma específica de se trabalhar (...) Isso faz com que cada lugar vá construindo seu modo de funcionar, inclusive a equipe”.

Apesar da forte referência ao “coletivo de trabalho” (a equipe), o trabalho segue identificado como um ofício, basicamente, “solitário”:

Tem essa coisa de grupo, de coletivo, de estar com as pessoas, que segura muito, mas, ao mesmo tempo, quando tem uma situação aguda, alguma coisa que tu tem que intervir, que exige assim uma posição diferente, de resolver algum problema, tomar uma atitude, bate muito uma sensação de solidão.

Talvez esse sentimento de solidão tenha relação com a fragilidade do *gênero da atividade (ou gênero profissional do coletivo de trabalho)*, que funciona, como já mencionamos, como aquilo que é esperado, que de certa forma está subentendido, em determinada prática profissional. O trabalho em saúde mental, como também já demonstramos, vem se deslocando do hospital psiquiátrico para a cidade, chamando a criações e variações que nem sempre conseguem ser compartilhadas. Sendo assim, um gênero de atividade forte sustenta a atividade no sentido de reger e apoiar os comportamentos e as decisões individuais de cada trabalhador. O trabalhador se sente mais seguro ao resolver, mesmo que sozinho, determinada situação de trabalho, porque sabe que será apoiado por um cole-

tivo. Ao contrário, quando o gênero profissional está fragilizado, o trabalhador sente sua decisão como solitária, temendo não ter agido da maneira adequada ou ser alvo de críticas futuras.

Da mesma forma, o trabalhador sente seu ofício como ainda mais solitário quando percebe as limitações não apenas dos serviços de saúde mental, mas, sobretudo, de outros equipamentos e ações de suporte social (“o nosso serviço é de suporte, mas não de suporte pra tudo!”), gerando sentimentos de frustração e sobrecarga:

Eu já estive bastante irritadiço com colegas de trabalho, sentindo-me isolado em algumas ações – principalmente com usuários sem suporte familiar e econômico – e bastante sobrecarregado e frustrado.

Em geral, o cuidado foi e ainda é delegado ao trabalhador da saúde mental, revelando o descompromisso da sociedade e da família. Tal postura, ao mesmo tempo em que concede um poder (exagerado e inadequado) ao trabalhador da saúde mental, iatrogenicamente o sobrecarrega, já que assume a postura de cuidador e salvador.

Essas falas também nos remetem ao conceito de “atividade impedida”, do qual nos fala Clot (2001), considerando que o sofrimento no trabalho está relacionado não apenas àquilo que se faz, mas também àquilo que não se pode fazer:

A atividade não é somente aquilo que se faz. O real da atividade é também o que não se faz, aquilo que nós não podemos fazer, o que tentamos fazer e não conseguimos – os fracassos – aquilo que nós teríamos vontade de fazer ou poderíamos fazer, aquilo que não fazemos mais, aquilo que nós pensamos ou sonhamos poder fazer em outros lugares. (p. 6)

As questões aqui dispostas evidenciam a carência de vários mecanismos que poderiam dar suporte ao trabalhador de saúde mental na gestão de sua atividade, como apontado também por outros estudos (KODA, 2002; BICHAFF, 2006; RAMMINGER, 2006; FERRER, 2007; SILVA, E. A., 2007; GODOY et al., 2007). No entanto, se a atividade fica ainda mais arriscada, no sentido de que há uma excessiva responsabilização do trabalhador por suas decisões e escolhas, a possibilidade de criação e de autoria, para além de uma sobrecarga, diz também de uma saúde possível no trabalho, como nos coloca essa trabalhadora: “Isso do ir e vir, de inovar, de não ficar tanto tempo fazendo as mesmas coisas; isso também nos dá essa saúde”. Mesmo com todas as exigências e limitações dos serviços sob a égide da Reforma Psiquiátrica, a possibilidade de “inventar” o próprio trabalho, de ser normativo, contrapõe-se à falta de perspectiva, característica do trabalho nos hospitais psiquiátricos:

³Utilizamos um roteiro de entrevista com 16 perguntas semi-abertas para guiar um encontro em grupo com trabalhadores de saúde mental de um CAPS do município de Porto Alegre. O mesmo roteiro foi disponibilizado para outros serviços de saúde mental brasileiros, utilizando a Internet como ferramenta de comunicação, sendo que os trabalhadores entrevistados representam vários serviços/gestões estaduais (Acre, Alagoas, São Paulo e Rio Grande do Sul) ou municipais (Caxias do Sul, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Recife).

(...) eu não trocaria, eu gosto disso, pra mim não poderia ser diferente... porque eu já passei seis anos dentro de um hospital psiquiátrico e sei o que é estar dentro de um hospital, e fora, em um serviço, onde tu pensa diferente e está sempre buscando.

Outro ponto importante a ser considerado é o campo de disputas políticas em que os trabalhadores de saúde mental exercem suas atividades. Uma disputa pela legitimidade da verdade em relação ao cuidado com a loucura (discurso médico-psiquiátrico *versus* discurso da reforma psiquiátrica) acaba fazendo do trabalho em serviços substitutivos de saúde mental “uma militância”. Essa necessidade permanente de lutar e defender outro modo de relacionar-se com a loucura termina por dificultar a possibilidade de acolhimento e formação de profissionais “não militantes” nas equipes de saúde mental, em um movimento em que a militância parece ser um difícil ingrediente das normas antecedentes para o trabalho em saúde mental.

Em um dos CAPS, por exemplo, os trabalhadores mencionaram que há pessoas que “não se adaptam a este tipo de funcionamento” [dos CAPS], e acabam pedindo para sair da equipe ou adoecendo:

[...] atualmente tem duas pessoas em licença, e duas pessoas que são da enfermagem, e tenho a impressão que são as duas pessoas que têm mais dificuldade de lidar com isso, com o jeito que a nossa equipe trabalha.

No entanto:

[...] também tem aquela pessoa que vem trabalhar aqui como auxiliar de secretariado, e vira monitor de oficina. Então tem tanto aquele que não suporta essa forma de trabalhar, ou tem outros interesses na vida, ou pessoas que a partir daqui começaram a ter interesse.

Mas não nos enganemos: o sofrimento no trabalho não é apenas daqueles acusados de não se engajar suficientemente nas atividades. Muitos dos relatos dos trabalhadores estão diretamente ligados, justamente, às exigências do projeto de implantação da Reforma Psiquiátrica. Diz um trabalhador:

conheço colegas que tiveram sérios problemas emocionais, também pelos embates que foram obrigados a travar para manter o campo de atuação próximo aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Esse é um grande paradoxo, sobretudo do trabalho contemporâneo, apontado por Clot (2001), em que se exige que o trabalhador assumam cada vez mais responsabilidades, implique-se cada vez mais em seu trabalho (“vestir a camiseta da empresa”), sem ter, no entanto, responsabilidade efetiva na definição de seu trabalho: “Responsabilidades sem responsabilidade: eis aí uma das maiores dissociações do trabalho atual” (CLOT, 2001, p. 4). Essa dissociação, no entanto, não acontece apenas no serviço privado e nas indústrias. Na área de Saúde Pública, por exemplo, podemos dizer que o trabalhador é convocado a engajar-se em uma concepção de política pública (a do SUS e/ou

da Reforma Psiquiátrica), considerando o atendimento universal e integral em saúde do usuário, mas os modos de trabalhar são pouco problematizados. Permanecem as estruturas hierarquizadas, as chefias e as burocratizações, muitas vezes incompatíveis com a flexibilidade que se exige do trabalhador. Para realizar seu trabalho, ele *tem* que ser criativo, lidar com as dificuldades e limitações de seu serviço, mas, em relação à concepção de seu próprio trabalho, ele tem normas rígidas a obedecer e cumprir (como os critérios de produtividade, por exemplo).

A militância, enquanto forma de implicação e de expressão do que se acredita, é, sem dúvida, um importante apoio para a saúde no trabalho, implicando em reconhecer como seus alguns valores do meio de trabalho. No entanto, ela também pode transformar-se em fonte de sofrimento quando toma a forma do discurso da verdade única, impedindo a ação para transformar o trabalho a partir do reconhecimento dos problemas que ele apresenta.

O espaço da supervisão e a participação dos trabalhadores na gestão dos serviços são apontados como imprescindíveis para o êxito de novas modalidades de cuidado em saúde mental (RAMMINGER, 2006; FERRER, 2007; MERHY, 2004; SILVA, E. A., 2007). Cabe perguntar de que propostas de supervisão e gestão estamos falando. A supervisão, por exemplo, pode acabar restringindo-se a temas administrativos ou clínicos, já que “as demandas no cotidiano são tantas que o espaço do trabalhador dentro da supervisão acaba se estrangulando”. Por outro lado, a supervisão poderia ser um importante espaço para o compartilhamento de experiências, o que poderia contribuir não apenas com um modo de trabalhar mais saudável, mas também para qualificar os trabalhadores no exercício de suas atividades.

Na proposta de Schwartz (2007), a formação só pode se dar na atividade de trabalho, envolvendo não somente a pessoa em formação, mas igualmente todas as pessoas que trabalham com ela. É um convite para que os envolvidos olhem para seu trabalho, tanto como uma aplicação de um protocolo referenciado em saberes já constituídos, como para que percebam a singularidade de cada momento do trabalho, as “micro-soluções” encontradas para cada ação, que futuramente podem integrar os saberes já constituídos.

Sem dúvida, há uma maior facilidade de acesso aos saberes disciplinares, aqueles que já estão organizados, disponíveis ou publicados. Os saberes da experiência, no entanto, não se fazem conhecer de forma tão simples. Para compartilhá-los, há de se poder falar sobre sua atividade, sobre o que parece natural, o que se faz de forma quase automática, sobre aquilo que não se sabe que se sabe... Ao tentar colocar em palavras sua experiência, o trabalhador pode se dar conta de saberes insuspeitados e alargar seu poder de ação sobre o trabalho. Sendo assim, a formação a partir do trabalho deveria passar pela verbalização da experi-

ência, não bastando apenas vivê-la. Ainda que a linguagem não baste para ensinar o que deve ser feito na situação de trabalho, é fundamental recorrer a ela para explorar a própria experiência, pois somente a linguagem permite a formalização e recuperação daquilo que fazemos (FAÏTA, 2005). É importante, portanto, haver espaço (e escuta!) para colocar em palavras aquilo que se vive na situação real de trabalho, no sentido de que o trabalho não é automaticamente formador, sendo necessário retirar-se, olhar de fora, para construir um ponto de vista sobre a atividade e depois retornar. É necessário um espaço para compartilhar experiências, não no sentido de um apego às experiências já vividas, mas para poder afastar-se e transformá-las em meio para produzir outras experiências, tornando a experiência já feita disponível para experiências a fazer (CLOT, 2006).

Uma aposta

Neste artigo, propusemo-nos a focar o trabalho em saúde mental, visando a uma análise preliminar sobre a questão da saúde dos protagonistas desta atividade. Para tanto, buscamos primeiramente identificar de que modo esta atividade se configurou no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Em um segundo movimento, fizemos uma revisão bibliográfica sobre os estudos que tratam da relação entre saúde e trabalho em saúde mental ou, na linguagem de Schwartz (2007), revisamos os conhecimentos sobre a temática que são pertinentes ao “pólo dos saberes organizados”. Vimos que esses estudos destacam, em geral, os desafios colocados aos trabalhadores pela proposta de cuidar sem segregar, indicando o caráter ambíguo deste trabalho (ao mesmo tempo, singular e coletivo, criativo e angustiante, gratificante e desgastante). O nosso terceiro

movimento foi uma aproximação inicial da experiência dos trabalhadores dos CAPS, considerando a importância do “pólo dos saberes investidos na atividade” para compreender a realidade. Este terceiro passo foi fundamental para percebermos o seguinte:

- a necessidade de construção de normas específicas que dêem suporte ao desenvolvimento desta atividade de trabalho, ou seja, normas que façam a intermediação entre os princípios da Reforma Psiquiátrica e a atividade;

- a necessidade do fortalecimento do gênero coletivo de trabalho no sentido de ampliar o poder de ação dos trabalhadores sobre as situações de adoecimento e/ou empobrecimento subjetivo;

- a dificuldade de adaptação dos não militantes nos serviços de saúde mental, exigindo a consolidação de novas estratégias de formação e integração dos coletivos de trabalho;

- o convite para que a supervisão não se restrinja aos casos clínicos ou assuntos administrativos, constituindo-se em espaço de compartilhamento de experiências e problematização da relação entre saúde e trabalho.

Acreditamos que, com esta análise preliminar, já reunimos elementos que darão subsídios à continuidade de nossa pesquisa, cuja etapa seguinte prevê encontros entre pesquisadores e trabalhadores do campo da saúde mental. Apostamos que esses encontros permitirão não apenas fazer avançar na análise dessa atividade de trabalho e da relação entre saúde e trabalho, mas também contribuir para a construção coletiva de um novo saber, considerando a interlocução ética entre os saberes advindos da experiência e àquelas construídos nos diferentes campos acadêmicos e disciplinares.

Referências

ALVAREZ, D.; TELLES, A. L. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 63-90.

ANTUNES, S. M. M. O; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad. Saúde públ.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, jan. 2007.

BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Validação das escalas de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. *J. bras. psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 49, p. 105-15, 2000.

BICHAFF, R. *O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para consolidação da reforma psiquiátrica*. 2006. 217 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de

- trabalhadores. *Ci. Saúde col.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 621-628, 2003.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- CARVALHO, M. B.; FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. *Rev. Latino-americana Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 61-69, fev. 2006.
- CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CLOT, Y. Clínica do trabalho, clínica do real. In: *Le journal des psychologues*, Paris, n. 185, mars, 2001. Tradução provisória de Kátia Santorum e Suyanna Linhales Barker.
- _____. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- CODO, W. (Org.). *Educação: carinho e trabalho*. Burnout e síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação. Petrópolis, Vozes, 1999.
- COSTA, J. R. A.; LIMA, J. V. Trabalho do enfermeiro no contexto do hospital psiquiátrico: dimensão dos stressores. *Rev. Baiana Enferm.*, v. 15, p. 33-47, 2002.
- DEJOURS, C. *Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. São Paulo: Fundap, 1999.
- DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Textos de apoio em saúde mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- FAÏTA, D. *Análise dialógica da atividade profissional*. Rio de Janeiro: Express Editora, 2005.
- FENSTERSEIFER, G. P. *Assistência em saúde mental X estresse no trabalho dos profissionais*. 1999. 243 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.
- FERRER, A. L. *Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura*. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.
- FIGUEIREDO, A. C. O que faz um psicanalista na saúde mental. In: VENÂNCIO, A.; CAVALCANTI, M. (Orgs.). *Saúde mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: Ipub, Cuca, 2001. p. 73-82.
- FIGUEIREDO, V. V.; RODRIGUES, M. M. P. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. *Psicologia em Est.*, Maringá, v. 9, n. 2, p. 173-81, maio/ago. 2004.
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- _____. Genealogia e poder. In: MACHADO, R. (Org.). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999b. p. 167-177.
- GODOY, M. G. C. et al. Condições organizacionais e saúde mental dos trabalhadores dos Caps do Ceará. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 4., 2007, Salvador. *Anais...* Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. 1 CD-ROM.
- HIRATA, H. Divisão sexual do trabalho: o estado das artes. In: HIRATA, H. (Org.). *Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. São Paulo: Boitempo, 2002. p. 273-89.
- KODA, M. Y. *Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um Núcleo de Atenção Psicossocial*. 2002. 186 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- KIRSCHBAUM, D. I. R.; PAULA, F. C. C. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas. *Rev. Latino-Americana Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 77-82, set. 2001.
- LANZARIN, C. C. *Carcereiros ou encarcerados: um estudo sobre o trabalho dos auxiliares de enfermagem no Hospital Psiquiátrico São Pedro*. 2003. 96 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- MACHADO, R. et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MANGIA, E. F. A trajetória da terapia ocupacional: da psiquiatria as novas instituições e estratégias de promoção da saúde mental. *Rev. Terapia Ocup.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 28-32, 2000.
- MARANHÃO, R. M. C. S. *Reforma psiquiátrica: novas cartografias de trabalho para os técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica?* 2004. 178 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- MENDES, A. M. B. Os novos paradigmas da organização do trabalho: implicação na saúde mental. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, v. 23, n. 85/86, p. 55-60, 1997.
- MERHY, E. E. *Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores*. 2004. Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/AlegriaeAlivionosCAPS.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2007.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde públ.*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Suplemento 2.

- OLIVEIRA, A. G. B. de; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades. *Rev. Latino-Americana Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 333-340, jun. 2003.
- PALOMBINI, A. de L. A ética nas micropolíticas de atenção à loucura. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 159-63.
- PALOMBINI, A. de L. et al. *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: UFRGS, 2004.
- PITTA, A. M. F. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1991.
- RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. *B. Saúde*, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 111-124, 2002.
- _____. *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.
- REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 41, n. 2, abr. 2007.
- REGO, D. P. *Stress ocupacional do psicólogo em instituições de atendimento ao portador de psicose*. 2000. 128 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- RIBEIRO, M. B. S.; OLIVEIRA, L. R. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 425-31, mar./ago. 2005.
- SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). *Trabalhador da saúde, muito prazer: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí, 2007.
- SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: IFB; Te Cora, 1999.
- SCAVONE, L. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.). *Gênero e saúde: programa de saúde da mulher em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 99-109.
- SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Rev. Trab. Educ.*, Belo Horizonte, n. 7, p. 38-46, jul./dez. 2000.
- _____. O Trabalho numa perspectiva filosófica. In: SEMINÁRIO EDUCAÇÃO 2003. TRABALHO E EDUCAÇÃO: TRABALHAR, APRENDER, SABER, 2003, Cuiabá. *Anais...* Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso, 2003.
- _____. Trabalho e saúde: construindo outros modos de gestão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE. 3., 2005, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: ABRASCO, UFSC, 2005.
- _____. O trabalho e a ergologia. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Rio de Janeiro: Eduff, 2007.
- SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Patologia do Trabalho*. São Paulo: Atheneu, 2003.
- SILVA, A. L. A, FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Rev. Latino-Americana Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, jun. 2005.
- SILVA, E. A. *Dores dos cuida-dores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia – GO*. 2007. 165 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.
- SILVA, M. B. B. Atenção Psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis: Rev. Saúde Col.*, v. 15, n. 1, p. 127-150, jun. 2005.
- _____. O técnico de referência no Centro de Atenção Psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental? *Rev. Vivências*, Natal, n. 32, p. 227-223, 2007.
- SILVEIRA, M. R. da; ALVES, M. O enfermeiro na equipe de saúde mental: o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. *Rev. Latino-americana Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 645-651, out. 2003.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. Ci. Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.
- TITTONI, J. Saúde mental. In: CATTANI, A. D. (Org.). *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 215-219.
- VASCONCELOS, E. M. *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade*. Rio de Janeiro: Cortez, 2000.
- VIANEY, E. L.; BRASILEIRO, M. E. Saúde do trabalhador: condições de trabalho do pessoal de enfermagem em hospital psiquiátrico. *Rev. bras. Enferm.*, Brasília, v. 56, p. 555-557, 2003.
- WADI, Y. M. *Palácio para guardar doídos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS, 2002.
- ZERBETTO, S. R.; PEREIRA, M. A. O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Rev. Latino-Americana Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 112-117, fev. 2005.

Renata Campos Vasconcelos¹
Francisco de Paula Antunes Lima²
Ana Carolina Medeiros da Silveira
Abreu³
Raquel Christine Ribeiro Silva⁴
João Alberto Camarotto⁵
Edmar Pires Murta⁶

A estratégia de “redução” e a carga de trabalho dos coletores de lixo domiciliar de uma grande cidade: estudo de caso baseado na Análise Ergonômica do Trabalho

The “reduction” strategy and the workload of a big city garbage collectors. A case study based on Ergonomic Work Analysis

¹Fisioterapeuta, mestre e doutora em Ergonomia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), professora de Ergonomia no curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Belo Horizonte (PUC-Minas).

²Engenheiro Mecânico, pós-doutor em Ergologia pela Université de Provence, doutor em Ergonomia no CNAM/Paris, professor do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

³Fisioterapeuta pós-graduada em Ergonomia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestranda em Bioética pela Universidad del Museo Social Argentino.

⁴Fisioterapeuta e pós-graduada em Ergonomia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

⁵Engenheiro Mecânico, doutor em Arquitetura Industrial e pós-doutor em Ergonomia pela Universidade Politécnica de Madrid, professor do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

⁶Psicólogo do Trabalho e mestrando em Psicologia Social na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Contato:

Renata Campos Vasconcelos
Avenida Dom José Gaspar, 500, Prédio 46 – Centro Clínico de Fisioterapia
CEP 30535-901 – Bairro Coração Eucarístico – Belo Horizonte-MG
E-mail:
remineira@yahoo.com.br

Recebido: 05/11/2006

Revisado: 27/05/2008

Aprovado: 29/05/2008

Resumo

Este trabalho descreve a utilização do método de “redução” como estratégia de trabalho desenvolvida pelos coletores de lixo (“garis”) de uma grande cidade e seus reflexos na organização e na carga de trabalho. O método de “redução” consiste de atividade preparatória à coleta de lixo por meio da formação de “estoques intermediários” antes do carregamento nos caminhões. O trabalho dos garis foi estudado utilizando-se a metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), complementada por avaliações de esforço físico. Quanto à organização do trabalho, verificou-se que, ao utilizarem esta estratégia, os garis trabalham em ritmo mais cadenciado, conseguem executar melhor as tarefas de separação do lixo, como os sacos plásticos contendo vidros, podem interagir entre eles e estabelecer relações amistosas com os cidadãos sobre melhores práticas de acondicionamento do lixo. Em relação à segurança e à saúde, ao utilizarem este método, os garis ficam menos sujeitos a riscos de cortes, atropelamentos, quedas e desavenças com motoristas no trânsito, além de realizarem o trabalho com menos esforço físico. Concluiu-se que a utilização da “redução” não apenas diminui o esforço físico e a exposição a riscos de acidentes, mas também melhora a qualidade da coleta de lixo domiciliar.

Palavras-chaves: coletores de lixo domiciliar, método de trabalho, Análise Ergonômica do Trabalho, Organização do Trabalho, carga de trabalho.

Abstract

This article discusses the “reduction” process as a working strategy implemented by the garbage collectors of a big city and its influence on workload and work organization. The so called “reduction” process consists in preparing garbage bags to be collected piling up ‘intermediate stocks’ before they are loaded on trucks. Garbage collectors’ activity was studied through Ergonomic Work Analysis (EWA), supplemented by physiological and biomechanical workload measuring. As far as work organization is concerned, it was observed that when garbage collectors adopt this strategy they improve their work rhythm; they have more possibilities to separate garbage, such as plastic bags containing glass pieces from the rest; they manage to interact more with co-workers and communicate better with local residents on better ways of garbage packing. As regard to health and safety, when garbage collectors follow this process they are less liable to getting cut, to being run over, to falling down or to having quarrels with drivers, and their tasks are performed with less biomechanical load. The authors concluded that the “reduction” strategy not only decreases biomechanical load and exposure to risks, but also improves residential garbage collection.

Keywords: garbage collectors, residential garbage, working method, Ergonomic Work Analysis (EWA), work organization, workload.

Introdução

Na sociedade pós-industrial, com a utilização crescente de alimentos industrializados e produtos descartáveis, é notória a importância do trabalho dos coletores de lixo para resolver um problema particularmente intenso devido ao consumo massificado das grandes cidades. Chamados de lixeiros, esses profissionais têm sua carteira assinada com a função de “garis”. A relevância desta categoria no quadro urbano contemporâneo nem sempre tem sido correspondida com análises do trabalho em geral ou estudos que se situem na perspectiva da saúde dos coletores de lixo.

Conforme a NR-15 da portaria 3214 do Ministério do Trabalho de 03/06/1978, o trabalho de coleta de lixo domiciliar é considerado insalubre em grau máximo (SANTOS, 2004; ROBAZZI et al., 1992). Em alguns estudos, constata-se diversos tipos de patologias relacionadas ao trabalho dos garis, tais como doenças respiratórias e cardiovasculares, distúrbios osteomusculares, perdas auditivas, dentre outras (SILVA, 1983; ROBAZZI; BECHELLI, 1985; ROBAZZI et al., 1992; MADRUGA, 2002; PAVELSKI, 2004).

A carga de trabalho dos garis aumenta com o crescimento populacional das cidades e esses profissionais precisam responder a diferentes objetivos: da empresa, da comunidade, bem como os pessoais, ou seja, dos próprios trabalhadores. Para atingir tais objetivos, os trabalhadores precisam lidar com diferentes exigências de tempo, qualidade e segurança, desenvolvendo estratégias e regulações a fim de manter sua carga de trabalho aceitável.

A demanda para a pesquisa, objeto deste artigo, surgiu da necessidade de compreensão de um “método de trabalho” utilizado pelos garis de uma grande cidade brasileira, chamado por eles de “redução”⁷. Este “método de trabalho” ou “modo de organização da produção”, desenvolvido pelo próprio grupo de trabalhadores, consiste de atividade preparatória à coleta de lixo por meio da formação de “estoques intermediários” que permitem reduzir os pontos de parada dos caminhões para coleta do lixo, além de propiciar outros benefícios para a regulação da carga de trabalho pela equipe.

No entanto, embora seja realidade das atividades cotidianas da coleta, a “redução” não é reconhecida como procedimento de trabalho pela empresa (exceto em algumas situações). Na situação estudada, a “redução” é percebida na empresa como estratégia para burlar as normas de trabalho, ou seja, uma indisciplina passível de sanção pela hierarquia. Para a empresa, ela é prejudicial à qualidade de limpeza urbana, por gerar transtornos aos próprios trabalhadores e para a

população, que se queixa do acúmulo de lixo em frente às suas casas. Para os garis, a “redução” diminui a carga de trabalho e evita acidentes.

Compreender a “redução”, seus efeitos para a saúde dos garis e para a qualidade dos serviços prestados surge como problema a ser analisado sob a perspectiva da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) (GUE-RIN et al., 2001), que nos ajuda a entender porque existem diferentes representações em torno de uma mesma realidade.

Conforme explica Abrahão (1993), a Ergonomia procura evidenciar os componentes físico, psíquico e cognitivo da atividade de trabalho, seus diferentes determinantes, o custo para realizá-la, isto é, a “carga de trabalho” e sua repercussão sobre a saúde dos trabalhadores e sobre a produção. Enquanto a dimensão física da carga de trabalho se expressa pela quantidade e qualidade de esforço físico despendido pelo trabalhador na execução da atividade, a dimensão cognitiva caracteriza-se pelas funções perceptivas e mentais exigidas para a realização do trabalho, sendo que o conteúdo cognitivo de uma tarefa reflete na tomada de decisão. A dimensão psíquica, considerada a mais difícil de qualificar e quantificar, relaciona-se com o grau de realização existencial ou sofrimento psíquico do trabalhador e reflete os componentes psicológicos, tais como desejo, angústia, afetividade, medo, presentes no trabalho ou conseqüentes dele.

Sabe-se que existe relação entre carga de trabalho e desenvolvimento de modos operatórios ou métodos de trabalho (GUÉRIN et al., 2001). A carga de trabalho é máxima quando os operadores só dispõem de um modo operatório possível, ou seja, quando dispõem de pouca margem de ação. O objetivo da AET é, assim, aumentar a margem de ação dos operadores, possibilitando outras formas de agir e criando melhores condições de trabalho.

Para demonstrar a validade da “redução” para a preservação dos agravos, são descritos, neste artigo, os critérios de sua execução, a percepção dos trabalhadores sobre ela e sobre sua carga de trabalho, assim como são apresentados os resultados de medidas fisiológicas tomadas para comparar o esforço físico dos trabalhadores quando a “redução” é colocada em prática ou não.

Métodos e técnicas

Para compreender a atividade dos garis, a pesquisa baseou-se na metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho (AET).

A AET fundamenta-se no referencial teórico da Ergonomia da Atividade e visa confrontar o traba-

⁷ O termo “redução” é utilizado no texto entre aspas, pois, como os trabalhadores utilizam o verbo “reduzir”, acabamos por incorporá-lo ao texto.

lho prescrito aos trabalhadores e as condições de sua execução com o trabalho realmente desenvolvido por eles. Esta metodologia:

[...] é um meio de revelar novas questões sobre o funcionamento do homem no trabalho, mas também uma abordagem original para a transformação e a concepção dos meios técnicos e organizacionais de trabalho. (GUÉRIN et al., 2001, p. 26)

Segundo Guérin et al. (2001), uma ação é ergonômica quando comporta uma análise da atividade de trabalho que contribui para demonstrar as estratégias usadas pelos trabalhadores para executar suas tarefas e, assim, atingir os objetivos traçados pelos representantes da empresa, mas que são, de certa forma, desconhecidas. Este tipo de análise permite compreender os elementos intrínsecos e extrínsecos que afetam direta ou indiretamente os trabalhadores, demonstrando-se, de forma concreta, como esses fatores se manifestam no cotidiano e na execução de suas atividades de trabalho.

Nesta pesquisa, foram aplicadas as seguintes técnicas: observação da atividade dos trabalhadores, filmagens, fotografias, verbalizações simultâneas, autoconfrontações individuais e coletivas, entrevistas coletivas e não estruturadas com diferentes atores da empresa (GUÉRIN et al., 2001; WISNER, 2004; VASCONCELOS, 2007).

Para avaliar o esforço físico, foram tomadas medidas de frequência cardíaca (FC) e pressão arterial (PA) durante o trabalho feito com e sem “redução”.

A mensuração da FC representa um controle fisiológico difundido para se avaliar a intensidade do esforço a que o organismo está sendo submetido, refletindo a intensidade de trabalho que o coração deve realizar para satisfazer as demandas aumentadas do corpo durante uma atividade. Para isso, deve-se comparar a FC de repouso (FCrep) com a FC durante o exercício. Em média, a FCrep é de 60 a 80 batimentos/minuto e tipicamente diminui com a idade (ROBERGS; ROBERTS, 2002; WILMORE; COSTILL, 2001).

Quando se começa a exercitar, a taxa de bombeamento de sangue aumenta e o sangue possui menos tempo para preencher as câmaras cardíacas e para ser ejetado do coração. Contudo, a função cardíaca melhora com aumentos da FC induzidos pelo exercício. Então, mais sangue é recebido e bombeado a cada batimento durante o exercício progressivo. Nesses termos, a FC aumenta em proporção direta ao aumento da intensidade do exercício até se encontrar próxima do ponto de exaustão. À medida que isso acontece, a FC começa a se estabilizar, indicando que está se aproximando do valor máximo. A Frequência Cardíaca Máxima (FCmáx) tende a ser estável e é o valor mais elevado da FC que se pode atingir num esforço máximo até o ponto de exaustão. Embora a FC aumente proporcionalmente com os aumentos na intensidade do exercício, outros fatores também alteram a resposta da FC ao exercício, tais como a duração do exercí-

cio, a hidratação, a temperatura corporal, a altitude, a poluição do ar, o excesso de treinamento e doenças (MCARDLE; KATCH; KATCH, 1998; ROBERGS; ROBERTS, 2002; WILMORE; COSTILL, 2001).

A FCmáx, que foi calculada a partir da fórmula 220 menos a idade ($220 - id$), teve por objetivo conhecer a FC máxima esperada para a idade de cada indivíduo. Além da FCmáx, verificou-se, também, a Frequência Cardíaca Sub-máxima (65% a 80% da FCmáx), pois o treinamento contínuo de natureza sub-máxima a partir de 30 minutos diários é um dos meios mais antigos para se desenvolver resistência aeróbica (MCARDLE et al., 1998).

Para avaliar os dados cronotrópicos – Frequência Cardíaca (FC) e Pressão Arterial (PA) – foram utilizados um estetoscópio e um esfigmomanômetro, ambos da marca BD, e um freqüencímetro de pulso, da marca POLAR BEATPRT161312E. Os aparelhos foram calibrados e cedidos pelo Laboratório de Pesquisa do Ambulatório de Fisioterapia da PUC Minas-BH. A mensuração da PA ocorreu no início e ao final da jornada e 15 minutos após o término do trabalho. Já a mensuração da FC ocorreu no início da jornada de trabalho, de 10 em 10 minutos durante todo o trabalho, no fim da jornada e 15 minutos após a parada.

A aferição da frequência cardíaca (FC) pelo sistema polar permitiu uma leitura imediata da FC durante o exercício por ser precisa e não alterar a rotina de trabalho dos garis. Para entendimento do texto, é preciso esclarecer que o Gari 1, apesar de não ter feito “redução”, coletou o lixo deixado em montes pelo Gari 2, que fez a “redução” num dia. Também é importante esclarecer que ambos fizeram a coleta sem “redução” e que a comparação dos dados foi intrapessoal, ou seja, o Gari 1 foi comparado com ele mesmo coletando os montes da “redução” e coletando de porta em porta. O mesmo foi feito com o Gari 2, fazendo “redução” e coletando de porta em porta. Tais dados foram coletados durante duas jornadas de trabalho de um mesmo dia da semana: em um dia não foi feita “redução” e, no mesmo dia da outra semana, os garis trabalharam normalmente, isto é, com “redução”.

As observações, as entrevistas e as medidas foram feitas apenas com o consentimento dos operadores que assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme modelo elaborado pelo Laboratório do Grupo de Pesquisa e Extensão em Ergonomia e Projeto do Trabalho.

Resultados e discussão

Situação estudada

A empresa estudada, uma autarquia municipal, tem atualmente 1.900 funcionários, sendo 906 garis, dos quais 300 realizam a coleta domiciliar de algumas

regionais. De acordo com o relatório de atividades da empresa referente a março de 2004, havia 319 garis efetivados e 616 garis de empresas terceirizadas, o que representava quase 70% do contingente total de trabalhadores (SANTOS, 2004). Em 1992, o quadro total de funcionários era de aproximadamente 5.000, o que demonstra a crescente terceirização dos serviços. Há sete anos a empresa não contrata novos garis. Como a empresa implementou um grande processo de terceirização, os garis foram se aposentando e os remanescentes foram remanejados como garis reserva das poucas regionais efetivadas que ainda restaram.

Além de confundir os funcionários da própria empresa com relação à estrutura organizacional e às funções específicas de cada parte, para Santos⁸ (2004), essa reforma administrativa enfraqueceu sua dimensão técnica e fortaleceu sua dimensão política. A partir do ano 2000, houve uma aceleração do processo de terceirização dos serviços, com conseqüente diminuição de investimentos em manutenção e compra de equipamentos (SANTOS, 2004), que estão em mau estado de conservação, problema visível para quem acompanha o trabalho de coleta de lixo domiciliar⁹.

Para dar conta da administração, bem como da limpeza urbana, a cidade é dividida em nove regionais. A cidade, que foi projetada no início do século para ter no máximo 200 mil habitantes, atingiu um total de 208 mil habitantes já no ano de 1938 (SANTOS, 2004). A crescente industrialização, a partir da década de 1940, contribuiu ainda mais para o aumento populacional do município, que, em 2001, possuía 2.400.000 habitantes.

O trabalho prescrito

Cabe aos garis coletar o lixo de porta em porta, arremessando os sacos no caminhão. Na Figura 1, o ciclo básico do trabalho de coleta pode ser observado.

O setor de planejamento de coleta da empresa prescreve o modo ideal de realização desta atividade, que deve ser executada por uma equipe completa, isto é, quatro garis e um motorista. A coleta deve ser realizada de porta em porta, onde cada munícipe deve depositar o lixo acondicionado em sacos plásticos para ser recolhido pelos garis.

Conforme a prescrição, o gari deve se deslocar acompanhando o movimento do caminhão durante todo o roteiro. A permanência sobre o estribo só deve ocorrer quando o caminhão fizer deslocamentos maiores dentro do próprio roteiro, previamente definido, ou no caminho entre a empresa e o ponto de coleta. Também é responsabilidade do gari fazer a

“prensagem do lixo”, isto é, compactar o lixo que está no cocho para dentro do baú.

A letra V simboliza momentos em que o gari pára e separa o lixo reciclável, ou faz a compactação do lixo, ou realiza pausas.

Em determinadas situações, os garis também separam o lixo reciclável, deixando-o por certo tempo sobre o estribo. Eles também realizam pausas para ingerir líquidos ou para tomar lanches e aproveitar para conversar com moradores. Estas atividades estão representadas pela Figura 1 como letra V, que representa as variações no ciclo de trabalho prescrito.

Como dito anteriormente, o método de “redução”, atividade preparatória à coleta de lixo por meio da formação de “estoques intermediários”, que permitem reduzir os pontos de parada dos caminhões para coleta do lixo, não é recomendado formalmente pela empresa como prática corrente. No entanto, em dadas situações, um tipo de “redução” formal pode ser preconizado pela empresa.

Essa “redução” formal é prevista para situações em locais inacessíveis ao caminhão. Nestes casos, o motorista deve parar em local mais próximo e aguardar os garis trazerem o lixo nas mãos, o que causa insatisfação por parte dos garis, que relatam ter de caminhar mais de 200 metros com vários sacos de lixo nas mãos e, portanto, sempre reclamam da “redução oficial”. Esta é uma das razões pelas quais os gerentes e engenheiros não aceitam que a prática da “redução espontânea” possa ser benéfica aos garis.

A análise detalhada dos modos operatórios e das estratégias dos garis, quando decidem como, onde e quando fazer a “redução”, mostrará como esta contradição será resolvida.

A coleta de lixo baseada no método de “redução”: o trabalho real

Para lidar com a variabilidade da coleta de lixo domiciliar e para regular a carga de trabalho, os garis criaram, dentre várias outras estratégias, a estratégia de “redução”. Nos dias em que há menor quantidade de lixo, o trecho é subdividido em uma, duas ou três viagens, conforme a quantidade de lixo a ser coletado. Quando o baú do caminhão fica lotado de lixo, o motorista vai ao aterro sanitário descarregá-lo. Enquanto isso, dois garis descansam e os outros dois realizam a “redução”: dividem-se e saem a pé, coletando o lixo de porta em porta, criando montes de lixo em lugares específicos de cada quarteirão até “reduzirem” em todo o trecho restante. Assim, o gari deixa o saco de lixo

⁸ Psicólogo do trabalho da empresa.

⁹ O que repercute no trabalho dos garis. Por exemplo, as quebras freqüentes dos caminhões em função de seu desgaste e tempo de uso determinam a prática da “redução” por parte dos garis, caso contrário teriam de ficar parados esperando os motoristas voltarem da manutenção.

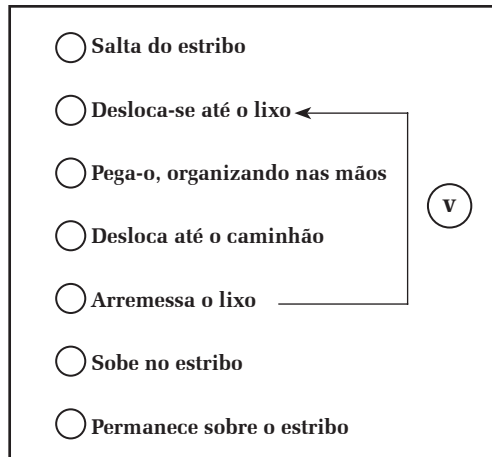


Figura 1 Fluxograma do trabalho prescrito

que contém vidro quebrado ou outro elemento perigoso mais distante do monte de lixo para o gari que vai arremessá-lo, mais tarde, para dentro do cocho do caminhão.

Quando o motorista retorna do aterro sanitário, encontra os outros dois garis que o aguardavam para coletar o lixo “reduzido”. O caminhão percorre o restante do trecho com os dois garis que coletam o lixo desses montes. Ao final do trecho, encontram os garis que “reduziram”. Quando os garis que “reduzem” terminam antes, reencontram os colegas em alguma parte do trecho para terminarem a coleta com a equipe completa. Outros voltam para a sua regional ou aguardam os colegas no fim do trecho. Os garis costumam voltar de carona em outro caminhão ou carro da empresa que vai para a regional ou pedem carona para os motoristas de ônibus. Outros voltam a pé, dependendo da distância entre o local de coleta e sua regional.

O lixo não fica acomodado apenas em sacos plásticos. É comum encontrar pedaços de madeira, objetos fora das sacolas deixados por pedestres, sacos de poda e folhas de jardins, sacos de entulho e até móveis velhos. Além disso, o tipo e o peso dos sacos varia bastante, de forma que eles precisam encontrar diferentes formas de acondicionar o lixo dentro do cocho do caminhão, sempre tomando cuidado para não serem feridos por vidros quebrados. Às vezes empurram o lixo para perto do cocho e depois carregam os sacos em duplas. Quando o lixo está solto, usam pedaços de madeira como ferramenta para limpar o chão.

Apesar de algumas equipes não fazerem “redução” às segundas e terças-feiras por considerarem que o lixo já está reduzido devido à grande quantidade nas portas de casas e prédios, há equipes que reduzem também nesses dias. Esta decisão depende também do trecho em que os garis se encontram, se ali há mais ou menos lixo, se o lixo está mais ou menos concentrado em alguns pontos, principalmente no caso de edifícios de apartamentos. As equipes que não reduzem o lixo nesses dias explicam por quê:

É certo que dia de segunda e terça não tem jeito de reduzir.

Porque a massa de lixo aumenta, né! Aí tem tanto lixo que já tá reduzido naturalmente... Não seria viável... tenho que dá umas cinco braçadas.

Se você reduzir, vai ciente que vai cansar mais.

Segunda e terça fica na mesma.

... Não vai ser todo dia... se na segunda eu vou gastar 3 horas pra reduzir o trecho, na quarta e na sexta vou gastar 40 minutos.

Entretanto, há equipes que fazem a “redução” inclusive nos dias mais pesados. Há um trecho em que uma equipe reduz num momento diferente: em algumas avenidas, enquanto o caminhão segue a avenida, dois garis se separam da equipe e reduzem na contramão. Assim, quando o caminhão retorna ao fim da avenida e passa para o outro lado da mesma avenida, o lixo já está reduzido. Então, a dupla que ficou no caminhão apenas coleta o lixo dos montes, até que o caminhão encontre a dupla que estava fazendo “redução” para continuarem a coleta com a equipe completa.

Não há um local pré-determinado no trecho para o início da “redução”. Num dos casos, quando o baú do caminhão está cheio, o motorista vai ao aterro e inicia-se a “redução”. Desta forma, o início da “redução” dependerá da quantidade de lixo no dia. Caso o caminhão quebre (um fato comum), os garis começam a reduzir a partir dali, mesmo na primeira viagem, caso não retornem para a garagem da empresa.

Uma variação desta estratégia é chamada de “inversão de trecho”: um gari, na carona com outra equipe, dirige-se ao local de coleta antes do horário de sua equipe iniciar o trabalho e inicia sozinho a “redução”. Os colegas o encontram mais à frente do trecho, enquanto vão coletando o lixo já reduzido.

Em situações em que os moradores se atrasam para colocar o lixo para fora de casa, há momentos em que os garis também fazem “redução”. Por exemplo, em dada situação, após a passagem do caminhão, uma senhora chamou o gari, que rapidamente avisou

os colegas para seguirem, separou-se da equipe, desceu a rua e coletou os sacos de lixo daquela casa. Ao invés de correr atrás do caminhão, cortou caminho e desceu fazendo “redução” até reencontrar o caminhão uns três quarteirões à frente.

Regras para se fazer a “redução”

As equipes definiram algumas regras para a realização da “redução” que permitem administrar os possíveis conflitos com a população:

- gari reserva (aquele que substitui um colega ausente) não pode reduzir por não conhecer os locais apropriados para fazer os montes, a não ser que ele já conheça o roteiro;
- os garis não podem reduzir no meio da calçada, embaixo de janelas, em frente a garagens, muito próximo a estabelecimentos comerciais;
- não podem reduzir em esquinas para não atrapalhar o trânsito¹⁰;
- se houver queixa da população, é preciso encontrar outro local para os montes, geralmente negociado pelos garis com os próprios moradores.

As regras nem sempre são obedecidas, já que nas filmagens pôde-se ver, por exemplo, lixo reduzido na porta de algumas casas de esquina, inclusive sobre a calçada. Entretanto, como foi dito, os garis costumam negociar com a população. Caso o munícipe reclame para eles ou para a empresa quanto ao local utilizado para acumulação do lixo, os garis transferem o ponto dos montes de lixo para outro local.

Outra exceção é possível: a colocação do monte de lixo no lado esquerdo da rua. O monte de lixo é feito, normalmente, do lado direito da rua para que a coleta seja segura, ou seja, os garis chegam com o caminhão e não precisam atravessar a rua. De acordo com os garis, o monte só é feito do lado esquerdo quando não é possível colocar o lixo do lado direito da rua ou no caso de já haver uma grande quantidade de lixo do lado esquerdo. Neste caso, eles aproveitam o monte existente levando mais lixo para aquele local. Caso a rua não seja movimentada, o motorista costuma parar o caminhão na contramão enquanto os garis coletam, mesmo que ela seja de mão dupla.

Como a “redução” é feita do lado direito da rua, os garis que coletam o lixo reduzido se deslocam para o lado direito do estribo antes de descerem do caminhão. Quando o lixo precisa ser reduzido na contramão, o motorista pára o caminhão na contramão também, próximo ao monte. Se a rua for movimentada, o motorista faz retorno para encostar-se no sentido de deslocamento.

Nos dias em que há menos lixo, geralmente de quarta-feira a sábado, só se realiza a coleta em uma

ou duas viagens. Quando uma viagem basta, não há “redução” nem é preciso aguardar o motorista ir e voltar do aterro sanitário, a não ser que o caminhão quebre ou que um gari “reduza” desde o início do trecho, como descrito acima.

Benefícios do uso da “redução”

Embora o uso da “redução” por parte dos garis faça parte da sua realidade de trabalho, para os representantes da empresa, ela é difícil de ser aceita devido às queixas dos munícipes e à sua interferência nas campanhas sobre os horários de coleta e na crença de que a “redução” cause aumento da carga de trabalho para os garis. Segundo um de seus representantes:

Ao reduzir, o gari tem um dispêndio maior de energia, pois o movimento de correr (no caso da coleta porta-a-porta) o impulsiona, diminuindo o esforço no momento de jogar o lixo no caminhão.

Com relação à posição da população a respeito do uso da “redução”, a pesquisa feita pelo setor de Psicologia do Trabalho da empresa mostra que boa parte da população não é contrária a esta prática. Foram realizadas entrevistas dirigidas com 1.398 moradores da região leste da cidade, nos distritos de coleta atendidos pelos garis da empresa. Buscou-se saber a percepção da comunidade sobre a coleta domiciliar e a aceitação da “redução” como modo operatório para realização da atividade, passando pelas residências das ruas em que a “redução” era feita. Do total, 13% dos entrevistados mostraram-se desfavoráveis à “redução” em frente a suas casas, devido ao mau cheiro e à sujeira. Não houve reincidência de queixas dos moradores que já haviam se queixado à empresa. Este fato decorre, provavelmente, da habilidade do gari em se relacionar com a população, o que lhe permite, inclusive, conhecer os locais onde não há condições de negociação.

A segurança do trabalho não vê impedimento para a realização da “redução” porque esta prática diminui o risco de acidentes e o tempo ocioso nos intervalos das viagens, o que, muitas vezes, poderia facilitar a ingestão de bebidas alcoólicas (estudo sobre “redução” cedido pela empresa, fev/2004).

Sob o ponto de vista dos garis, a “redução” traz diversas vantagens que variam segundo vários aspectos. Tentaremos subdividir abaixo apenas para fins didáticos.

Entretanto, é preciso lembrar que a carga de trabalho contém aspectos mentais e físicos, cuja separação é difícil de estabelecer. Um exemplo dessa impossibilidade está no relato abaixo, em que o gari demonstra o por que prefere usar a estratégia de “redução”:

¹⁰ Conforme afirma um gari: “na esquina não pode porque fecha o trânsito”.

Trabalho com “redução” é melhor porque evita acidente no trabalho, reduz a necessidade de correr, é melhor pro corpo e pra mente, evita corte, evita cair.

Quando usada pelos garis durante a jornada de trabalho, a “redução” permite separar as tarefas de coletar e carregar o caminhão, diminuindo-se, desta forma, os riscos de acidentes. Quando ela não ocorre, os garis precisam atravessar a rua observando a passagem dos veículos para não serem atropelados (e zelar pela segurança dos colegas), olhar para os locais onde está o lixo, pegá-lo, observar no retorno para a via onde está o caminhão, arremessar o lixo sem atingir o colega e perceber a arrancada do caminhão.

Se você bate o “reduzido” praticamente você vai efetuar uma ação só. Quer dizer, o caminhão parou e você vai jogar o lixo pra dentro. O motorista vai tá olhando o trânsito, vai tá sinalizando. O lixo sem a “redução” não.

No caso de coleta sem “redução”:

... Compete a quem? Ao grupo todo. Tanto o motorista quanto os garis vão ter que fazer... o quê? O caminhão vai andando e o coletor vai ter que pular, vai ter que olhar o trânsito, vai ter que olhar o lixo, vai ter que tá olhando o caminhão correr. Aí que eu acho que o desgaste é bem maior, tanto mentalmente, quanto físico.

A reorganização do trabalho, propiciada pela aplicação da “redução”, é vista como positiva pelos garis, além de melhorar a qualidade da coleta, pois não ocorrem quedas de lixo nas ruas, que acontecem quando os garis precisam arremessar os sacos com o caminhão em movimento e com o trânsito de carros.

Comparado com o trabalho prescrito, o trabalho feito com a “redução” oferece vantagens em relação à segurança, possibilita mais relações sociais com a comunidade, assegura o estabelecimento de regulações da carga de trabalho e exige menor esforço físico dos trabalhadores.

Segurança, prevenção de acidentes e carga de trabalho

Ao realizar a “redução”, o gari tem condições de separar o lixo perigoso, que contém vidro quebrado ou outros elementos perfurocortantes, deixando os sacos mais distantes do monte principal. O coletor sabe que aquele saco mais distante contém vidro e toma mais cuidado. Quando o gari que reduz vê necessidade, entra na residência ou em algum estabelecimento comercial e mostra a forma segura de acondicionar vidros quebrados ou outros objetos perigosos. Dessa forma, pode-se notar pela fala dos garis como é mais seguro coletar o lixo domiciliar usando a estratégia de “redução”:

É até estranho um gari chegar dizendo: “Nó...machuquei reduzindo”. Aí os cara vai falar assim: “É lero lero”. Ninguém nem acredita.

É estranho porque é incomum machucar reduzindo. O lixo tá parado ali. Cê tá vendo ele. Sabe... cê vê ele. Não, correndo não, cê juntou daqui, juntou dali, pá... Aí corta mesmo... suponhamos, o caminhão tá em movimento, cê vai pegar o saco e o caco tão tudo ali na alça, aí você pega. Em movimento eu não vou parar, olhar a sacola, não dá tempo...

... é pelo ver e pelo ouvir, né? Quando cê tá reduzindo você tem um contato maior com o lixo. Você pega o lixo aqui e leva lá pra frente, aí você ouve. Quando você joga lá aí você ouve, pá... tem uma latinha lá dentro, tem vidro, aí separa tudo.

Como já descrito, o monte de lixo da “redução” geralmente é feito do lado direito da rua, porém, mesmo quando feita do lado esquerdo, o motorista encosta o caminhão bem próximo ao monte reduzido e, então, o gari não precisa atravessar a rua para coletar.

O caminhão tá na direita, né? Você corre em cima do passeio, né? Quem tá na esquerda não, tá na contramão. Os carros vão tá vindo. Ele vai ter que atravessar, olhar, pegar o lixo, olhar o caminhão atravessar. Às vezes nessas troca de ação aí ele tá sujeito a ser atropelado...

Os garis relatam que a carga mental é menor com a “redução”. Sem “redução” precisam ficar o tempo todo concentrados, já que é preciso ter muita atenção, principalmente nos locais com trânsito mais intenso de carros e pessoas.

Além disso, o conflito com os motoristas diminui quando a “redução” acontece, pois o motorista do caminhão necessitará permanecer em cada local por um tempo mínimo, já que os montes estão praticamente pré-determinados e o gari permanece apenas na mão da via.

Desgaste mental? Há... Buzinação, xingação. Tá ligado! Você tê que ficá concentrando assim. Isso acontece quando você pára no trânsito, o motorista começa a xingar, buzinar, sabe?... Então de ter um desgaste menor quando tem “redução”.

Possibilidade de relações sociais com a comunidade

As interações sociais com a comunidade são aspectos positivos do trabalho ressaltados pelos garis¹¹. A “redução” propicia relação mais intensa com a comunidade local, por isso consideram pior a parte inicial da coleta (onde há menos contato com a comunidade), trecho em que não fazem “redução”.

Onde num reduz num dá nem tempo de conhecer o pessoal direito. A gente conhece menos.

Quando não faz “redução” cê passa correno, cê vai dá só um tchau. Às vezes cê tá correno, aí um grita:

¹¹ Demonstaram, inclusive, sua insatisfação quando são transferidos de rotas de coleta, o que tem sido intensificado pela terceirização dos serviços.

“ô colega”. Aí você vê um suco, um lanchinho. Aí cê tá lá na frente e a senhora grita: “um lanche pro-cês”. Aí o caminhão tem que dá uma volta.

Quando me mudaram de trecho... nossa... mudar de trecho é uma tristeza pra nós!

No natal tem presente, quando a gente precisa de alguma coisa é só falar! Hoje a gente ganha muito menos, mas ainda tem tanta cesta de Natal!

Muitas vezes os garis coletam restos de poda, colchões, sofás e outros móveis velhos. Embora sendo lixo que não deveria ser coletado por eles, é colocado no caminhão por vários motivos: “a gente ganha lanche, água, quando precisa usar telefone em caso de acidente... são nossos amigos”.

Regulação da carga de trabalho pelo trabalho coletivo

Algumas equipes fazem rodízio diário ou semanal entre as duplas que vão reduzir ou decidem na hora quem vai reduzir naquele dia, dependendo do estado de saúde de cada um. Outras equipes não fazem rodízio entre “redução” e coleta (que chamam de “bateção”), de forma que é sempre a mesma dupla que reduz e a outra que sempre “bate” o lixo reduzido, por exemplo, no caso de um gari que relata sentir muita dor nas pernas ao saltar do estribo e que sempre faz a “redução” criando os montes de lixo.

Desta forma, a estratégia da “redução” também permite uma construção do trabalho coletivo de forma a promover uma regulação coletiva do desgaste provocado pela atividade:

Porque quando você reduz é mais fácil, então igual, por exemplo, eu tô reduzindo e eles tão lá atrás batendo. Porque se nós quatro reduzir junto quando o caminhão chegar do aterro nós tão junto. Mas é até pra evitar o desgaste né? Por exemplo, eu reduzo hoje e os dois ficam. Aí eu vou ter o benefício de reduzir primeiro e vir embora e os dois vai ficar lá batendo.

De quarta a sábado todo mundo beneficia porque alterna sabe... Eu acho que o benefício é o conjunto. Não existe um benefício único não sabe! Mas se separar o benefício é maior pra quem reduz. Eles vêm embora e quem bate fica lá trabaiano. O desgaste não vai tê tanto. A guarnição toda vai beneficiar porque eu vou ter o tempo pra eu ir lá juntar tranqüilo... os outros também vão trabalhar tranqüilo porque eles vão pegar o lixo todo na direita, amontoadinho...

A guarnição toda vai beneficiar. Porque eu vou ter o tempo pra eu ir lá juntá tranqüilo sem o caminhão atrás de mim pra me apressar. Tá ligado! Tranqüilo... assobiando... e os outros vão também trabalhar tranqüilo por quê? Eles vão pegar o lixo todo na direita, amontoadinho, não vai ter o perigo de carro atropelar, de cortar, de machucar sabe? Eu já separei tudo!... aí por isso que eu te digo que o benefício vai ser o conjunto.

Assim, os garis também se dividem para regular o tempo da jornada de trabalho, como no caso do gari

que tem um compromisso naquele dia e precisa sair mais cedo. Ele faz a “redução” e termina o trabalho mais cedo. Percebeu-se, ainda, que o trabalho de coleta de lixo domiciliar, quando realizado com a “redução”, possibilita ao trabalhador uma liberdade maior de atender às suas necessidades básicas, como uso de sanitários, ingestão de líquidos e alimentos.

Avaliação da carga fisiológica por dados cronotrópicos

Foram coletados os dados cronotrópicos (frequência cardíaca/FC e pressão arterial/Pa) comparando os dois tipos de coleta de forma intrapessoal. Tais dados foram coletados durante duas jornadas de trabalho de um mesmo dia da semana: em um dia não foi feita “redução” e no mesmo dia da outra semana os garis trabalharam normalmente.

Para entendimento do texto, é preciso esclarecer que o Gari 1, apesar de não ter feito “redução”, coletou o lixo deixado em montes pelo Gari 2, que fez a “redução” num dia. Também é importante esclarecer que ambos fizeram a coleta sem “redução” e que a comparação dos dados foi intrapessoal, ou seja, o Gari 1 foi comparado com ele mesmo coletando os montes da “redução” e coletando de porta em porta. O mesmo foi feito com o Gari 2, fazendo “redução” e coletando de porta em porta. Ressaltamos ser necessário um estudo fisiológico mais aprofundado e específico, apesar de podermos demonstrar as considerações abaixo.

A partir do repouso, as FC (bpm) tiveram momentos de pico, direcionando-se para cima ou para baixo de acordo com a rota que os garis iam fazendo (subida ou descida de morros ou em linha reta). Infere-se, pois, que as peculiaridades do trabalho analisado – intermitente e com oscilação dos montantes de lixo carregados (força empregada) – influem nas condições de gradatividade da FC em função da prestação laboral.

O trabalho realizado com “redução” pode afetar, sensivelmente, a FC dos garis, sendo ainda mais visível no gari que faz a “redução”, que, em repouso, teria 85 bpm e, após 15min de repouso, teria 89 bpm. Isso, associado aos dados qualitativos mencionados anteriormente, reforça que a “redução” beneficia a homeostasia do organismo e a adaptação às alterações decorridas do trabalho pesado.

Todavia, é a partir da análise da Frequência Cardíaca Submáxima (65% a 80% da FCmáx prev) e da FC máxima alcançada (FCmáx alc) com e sem a estratégia de “redução” que se abre espaço a ponderações de interesse crucial ao estudo proposto, quais sejam: a FCsubmax do Gari 1 (não faz “redução”) permaneceu entre 140,25 e 149,6 bpm e a do Gari 2 (faz “redução”), entre 138,75 e 148 bpm; a FCmáx alc na “redução” e sem a “redução” do Gari 1 (não faz “redução”) foi de 170 bpm; o Gari 2 (faz “redução”) alcançou FC sem “redução” de 170 bpm, mas com “redução” obteve 151 bpm.

Tais dados nos permitem afirmar que o gari que faz a “redução” pode ter como benefício a possibilidade de ficar mais próximo da FCsubmáx, o que equivale, pois, a um treinamento contínuo de resistência aeróbica sem causar danos ao aparelho cardiovascular.

A média do Gari 1 (coleta o monte reduzido) na “redução” foi de 140,48 bpm e, sem a “redução”, de 144,61 bpm. Já o Gari 2 (faz “redução”) obteve média de 125,01 bpm na “redução” e 144,72 bpm sem a “redução”. Mais uma vez, o Gari 2, que criou os montes de lixo, obteve média menor que o outro, mas o Gari 1 também teve o benefício de diminuir a sua média da FC quando trabalhou em equipe com garis que reduziram na segunda viagem da coleta.

De acordo com Grandjean (1998), um trabalho é considerado de carga regular quando a FC se compreende no intervalo de 100 a 125 bpm, carga alta quando a FC está entre 125 e 150 bpm, carga muito alta entre 150 e 175 bpm e extremamente alta acima de 175 bpm. Pôde-se perceber, com base na análise das médias e FCs máximas alcançadas na “redução” e sem a “redução”, que o trabalho com a “redução” é considerado como carga regular e o trabalho sem a “redução” chega a representar até mesmo carga alta a muito alta.

A PA (mmHg) dos garis investigados, como esperado, ao final retornou aproximadamente ao nível basal, ou seja, nível de repouso.

Ao observarem os dados relativos à carga fisiológica de trabalho, os trabalhadores relacionaram o uso da “redução” à diminuição da necessidade de correr:

Com a redução corre menos.

Não precisa correr, o caminhão encosta, você coleta e pronto. Num tem trânsito, num tem correria.

Não foi possível repetir três vezes as medições para se fazer uma média devido à variabilidade do trabalho dos garis, ou seja, cada dia houve um evento novo: um dia o caminhão quebrou, outro dia um gari faltou e foi substituído por um reserva, depois um dos garis saiu de férias. Isso demonstra a dificuldade metodológica para este tipo de pesquisa e demanda um estudo mais aprofundado e específico, como fizeram Legg e Myles (1981) e Kemper et al. (1990), apesar de, ao estudarem a carga fisiológica e biomecânica no trabalho de coletores de lixo, todos terem identificado diferenças entre o estudo de campo e a pesquisa feita em laboratório.

Diante das limitações relativas ao uso da medida de frequência cardíaca para avaliação do esforço e das dificuldades apresentadas acima, ressaltamos ser necessário um estudo fisiológico mais aprofundado e específico.

Considerações finais

Guérin et al. (2001) demonstram, ao discorrer sobre as formas de regulações no trabalho, que, diante da falta de “margem de manobra”, os trabalhadores encontram-se em situações de sobrecarga de trabalho. É neste sentido que se percebe, após este estudo, a importância do método de “redução” como estratégia coletiva para manter a carga de trabalho em nível mais aceitável e assegurar a qualidade na prestação do serviço. Este estudo demonstrou que a carga de trabalho é menor quando o gari utiliza a estratégia de “redução”¹².

Se não fosse a estratégia de “redução”, o gari teria um gasto energético maior e, provavelmente, maior incidência de lesões osteomusculares, cortes e atropelamentos. Quando um morador chama o gari para coletar seu lixo após a passagem do caminhão, se, na volta, o gari não cortasse caminho fazendo “redução”, ele teria que acelerar o ritmo de sua corrida para alcançar o caminhão ou encontrá-lo mais à frente e perderia na produtividade. A “redução” permite até o controle do tempo de coleta, possibilitada pela organização do trabalho coletivo.

Pode-se notar, também, a gestão coletiva feita pelos garis para viabilizar a “redução”, confirmando o que pondera Hulbault (2004), para quem todo trabalhador gerencia, sob uma forma necessariamente contingente e mutável, o “problema” colocado continuamente pela exigência de produzir. Ao verificar a resistência dos cidadãos em função do acúmulo de lixo em frente às residências, eles procuram negociar os melhores locais para acumular o lixo, e mais, incorporam-na às regras da “redução”, como uma prescrição coletiva do trabalho. As regras da “redução” descritas pelos garis funcionam como trabalho prescrito para todas as equipes de coleta. É método de trabalho gerado pela prática que, no entanto, encontra resistência por parte da organização formal da empresa.

O estudo mostrou ainda que este método de trabalho, quando prescrito pela empresa (a “redução” planejada), causa sobrecarga para os garis, já que é prescrito para momentos em que se deveria utilizar outra forma de coletar o lixo, como no caso da coleta em “becos”. Nessa situação, os garis devem caminhar grandes distâncias (até 200 metros) carregando nas mãos todo o lixo até chegarem ao caminhão.

O trabalho mostra a necessidade de estudos detalhados da atividade de trabalho como forma de provar para a empresa que alguns modos operatórios elaborados pelos garis são melhores para sua saúde,

¹² Mesmo não tendo sido proposta desta pesquisa, mostrou-se para a empresa que a “redução” também diminui a carga de trabalho para o motorista, diminui o desgaste do caminhão e até o trecho percorrido, de forma que há menos gasto de combustível.

a produtividade, a economia no uso do seu corpo e a diminuição do desgaste promovido pelo trabalho. Os resultados beneficiam a empresa e o trabalhador.

Espera-se que esta pesquisa tenha levantado novos problemas a serem aprofundados. Porém, a expecta-

tativa maior é que esta pesquisa contribua para melhorar a situação de trabalho dos garis, que precisam de maior margem de manobra para poder gerenciar a variabilidade de seu trabalho para economizar seus corpos e trabalhar de forma mais segura.

Referências

- ABRAHÃO, J. Ergonomia: modelo, método e técnicas. Apostila de mini-curso. In: II CONGRESSO LATINO-AMERICANO E VI SEMINÁRIO BRASILEIRO DE ERGONOMIA. Florianópolis, 1993.
- GUÉRIN, F. et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo*. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.
- GRANDJEAN, E. *Manual de ergonomia: adaptando o trabalho do homem*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 1998.
- HUBAULT, F. Do que a ergonomia pode fazer a análise? In: DANIELLOU, F. (Coord.). *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgard Blücher, 2004. p. 105-140.
- KEMPER, H. C. G. et al. The physical and physiological workload of refuse collectors. *Ergonomics*, London, v. 33, n. 12, p. 1471-1486, 1990.
- LEGG, S. J.; MYLES, W. S. Maximum acceptable repetitive lifting workloads for an 8-hour work-day using psychophysical and subjective rating methods. *Ergonomics*, London, v. 24, n. 12, p. 907-916, 1981.
- MADRUGA, R. B. *Cargas de trabalho encontradas nos coletores de lixo domiciliar – um estudo de caso*. 2002. 118 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- McARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. *Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- PAVELSKI, E. C. *Aspectos ergonômicos para evitar lesões microtraumáticas em joelhos de coletores de lixo, na cidade de Curitiba, estado do Paraná*. 2004. 127 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- ROBAZZI, M. L. C. C. et al. Algumas considerações sobre o trabalho dos coletores de lixo. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, v. 20, n. 76, p. 34-41, jul./dez. 1992.
- ROBAZZI, M. L. C. C.; BECHELLI, M. H. M. Coletores de lixo: estudo de afastamentos do serviço por problemas de saúde. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, v. 13, n. 50, p. 68-74, abr./jun., 1985.
- ROBERGS, R. A.; ROBERTS, S. O. *Princípios fundamentais de fisiologia do exercício: para aptidão, desempenho e saúde*. São Paulo: Phorte, 2002.
- SANTOS, M. C. O. S. *Apropriando-se do trabalho: um estudo sobre a atividade dos garis - coletores de lixo*. 2004. 168 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
- SILVA, E. P. Condições de saúde ocupacional dos lixeiros de São Paulo. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, v. 11, n. 42, p. 30-35, abr./jun. 1983.
- VASCONCELOS, R. C. *A gestão da complexidade do trabalho do coletor de lixo e a economia do corpo*. 2004. 250 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.
- WILMORE, J. H.; COSTILL, D. L. *Fisiologia do esporte e do exercício*. 2. ed. Barueri: Manole, 2001.
- WISNER, A. Questões epistemológicas em ergonomia e em análise do trabalho. In: DANIELLOU, F. (Coord.). *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgard Blücher, 2004.

Denise da Conceição da Costa¹
Nilton Luiz Menegon²

Condução de ações em Saúde e Segurança do Trabalho em pequenas e médias empresas: análise de três casos*

Three case studies on Health and Safety actions in small and medium size enterprises

¹ Departamento de Fisioterapia do Instituto Metodista Bennett.

² Departamento de Engenharia de Produção da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

*Artigo baseado na dissertação de mestrado de Denise da Conceição da Costa intitulada *Atenção à saúde nas pequenas e médias empresas de São José dos Campos: um estudo de caso*, apresentada em 2007 ao Departamento de Engenharia de Produção da Universidade Federal de São Carlos.

Contato:

Denise da Conceição da Costa
Rua Maria José do Amaral Alves, 65,
Floradas da Serra, Urbanova V
São José dos Campos, SP

E-mail:

denise@dep.ufscar.br

Resumo

Construir ações relacionadas à saúde e segurança nas Pequenas e Médias Empresas (PME) não é tarefa fácil, uma vez que essas empresas precisam lidar com o provimento deficitário de informações, poucos recursos disponíveis e metodologias de ação desenvolvidas de acordo com as características das empresas de grande porte. Partindo de estudos de caso e de metodologia qualitativa, o presente estudo teve como objetivo investigar, em três PME do setor industrial, a maneira como ações de saúde e segurança são conduzidas – inclusive ações ergonômicas –, bem como as justificativas para sua forma de condução, utilizando, para tanto, entrevistas e questionários. A investigação comprovou que aspectos, tais como poucos recursos financeiros, pouco acesso à informação, cultura e o modelo gerencial assumido, exercem grande influência sobre a forma como as ações em Saúde e Segurança do Trabalho (SST) serão conduzidas, sendo que a Ergonomia, quando houver, será caracterizada pela condução perceptiva e informal das mudanças no local de trabalho. Concluiu-se que algumas normas e leis, assim como ferramentas ergonômicas, deveriam ser desenvolvidas e adaptadas às PME. Moldar as ações segundo as necessidades e limitações de cada empresa poderia facilitar sua utilização e assim promover uma melhora das condições de saúde e segurança nas PME.

Palavras-chaves: Ergonomia, Saúde e Segurança do Trabalho (SST), Pequenas e Médias Empresas (PME).

Abstract

Building actions related to health and safety in small and medium size enterprises (SME) is not an easy task, since these companies need to face lack of information, short availability of resources and methodologies developed for the characteristics of a big company. Based on case study techniques and a qualitative approach, the present study aims at investigating, through interviews and questionnaires, not only the way health and safety interventions – including ergonomics - are carried on in three industrial sector SMEs, but also the reasons for their being conducted that way.

This investigation led us to conclude that short resource availability, difficulty in accessing information, the company philosophy and managerial model, greatly influence the way Health and Safety (OSH) actions are conducted in small companies; and changes on work place, if Ergonomics is considered, will be guided by perception and based on informality. The authors conclude that laws, regulations and ergonomic tools to fit SMEs should be created. Adapting these actions accordingly to the needs and limitations of each company would probably make them easier to be followed and, as a consequence, would improve health and safety at SMEs.

Keywords: Ergonomics, Occupational Safety and Health (OSH), Small and Medium Enterprises (SME).

Recebido: 30/05/2007

Revisado: 02/06/08

Aprovado: 09/06/2008

Introdução

Hoje é reconhecida a real importância das Pequenas e Médias Empresas (PME) para a economia nacional. As PME são comprovadamente contribuintes na geração de empregos, fornecimento de produtos para o mercado consumidor e geração de tecnologia (BORTOLI NETO, 1980; LA ROVERE, 2001; RODRIGUES, 2000; SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS, 2005), sendo elas responsáveis, de acordo com Rodrigues (2000), por quase 60% das ocupações no país. O fato das PME empregarem muito se deve, em grande parte, ao baixo custo para geração de postos de trabalho, bastante inferior ao das grandes empresas, o que abre grandes perspectivas para políticas oficiais de geração de empregos, principalmente em momentos recessivos (VILLELA; AMADEO, 1994).

As PME possuem características próprias, diferenciando-se das grandes empresas não apenas em tamanho, mas em termos estruturais e organizacionais; ao mesmo tempo, apresentam grande heterogeneidade entre si. Essa heterogeneidade é identificada, principalmente, em termos de capacidade inovativa, havendo diferenças também quanto às questões organizacionais e capacidade de alavancar os negócios (BORTOLI NETO, 1980; UNIÃO EUROPEIA, 1999 apud LEMOS, 2003). Dentre as particularidades em relação às grandes, estão a limitada base de recursos (financeiros, humanos, técnicos, tecnológicos e de gestão), a cultura organizacional singular e a menor habilidade em influenciar as relações com o ambiente externo, o qual inclui clientes, fornecedores, mercados de trabalho, agências de promoção, fomento e financiamento (UNIÃO EUROPEIA, 1999 apud LEMOS, 2003). Por outro lado, podemos citar, como vantagens em relação às grandes empresas, a grande capacidade de absorção da mão-de-obra a baixo custo, com menores exigências de qualificação, e a alta flexibilidade.

Outra característica que torna as PME diferenciadas é a forma de gerenciamento. Primeiro, o quadro administrativo diferencia-se muito do encontrado nas grandes corporações, conforme discutido por Pinheiro (1996), havendo menos níveis hierárquicos à medida que diminui o porte da empresa e, em geral, menor especialização e qualificação de seus funcionários e gerentes. Em segundo lugar, o grau de formalização, muitas vezes, é mínimo, gerando relações de trabalho informais, o que pode comprometer a qualidade e a agilidade na realização das atividades (CARDOSO, 1998).

Em virtude de todas as características que diferenciam as pequenas empresas das grandes, é natural pensar que os preceitos – tais como mecanismos gerenciais e acesso a créditos –, desenvolvidos com base nas segundas, não se adaptem às primeiras. No que se refere aos mecanismos gerenciais, Torrès (1998),

citado por Lemos (2003), claramente apóia esta idéia ao falar da impossibilidade de se aplicar às pequenas empresas os ensinamentos e os preceitos da gestão das grandes empresas, já que as primeiras não são miniaturas das segundas, sendo necessário desenvolver ações de acordo com suas particularidades. Opinião apoiada ainda por Carvalho (2004), que diz que a dificuldade em aplicar modelos gerenciais nas pequenas empresas talvez ocorra devido à ausência de metodologias adequadas às suas características, uma vez que os modelos existentes espelharam-se nas grandes corporações; faz-se necessário, segundo a autora, compreender as características específicas desses ambientes para que as ações sejam direcionadas de acordo com a realidade das empresas menores. Tratando-se das dificuldades de acesso a créditos bancários para impulsionar o crescimento, Lemos (2003) acredita o problema ao fato de as políticas de financiamento e os mecanismos de apoio terem sido concebidos para atendimento a empresas de grande porte, sendo que a exigência de garantias e a necessidade de estar em dia com as obrigações fiscais excluem a maioria das PME.

Diante das particularidades das PME e da dificuldade de adequação de instrumentos e preceitos desenvolvidos com base em grandes empresas, relatados na literatura, o presente estudo teve como objetivo compreender e discutir os fatores relacionados às condições de saúde nas pequenas e médias empresas, considerando, para tanto, não só a percepção que os líderes e responsáveis por Saúde e Segurança do Trabalho (SST) guardam sobre a importância dos mesmos, mas também as dificuldades e facilidades enfrentadas para a inserção de ações em SST e ergonômicas em três PME do setor industrial da cidade de São José dos Campos/SP.

A questão da saúde e segurança nas PME

Torp e Moen (2006) relatam que a maioria dos países possui legislação protegendo os trabalhadores de riscos no trabalho. Na Dinamarca, por exemplo, a lei prescreve aos empregadores que estabeleçam um ambiente seguro, sendo sua tarefa, em cooperação com empregados, garantir a avaliação do local de trabalho (JENSEN et al., 2001). Do mesmo modo, o Brasil possui diversas medidas de manutenção de saúde e segurança, tais como as Normas Regulamentadoras do Trabalho (NR), além de eventuais programas em saúde e segurança.

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) de nosso país, em seu capítulo V, estabelece diretrizes para um ambiente de trabalho seguro e saudável. Além de determinar que o órgão de âmbito nacional competente em matéria de Segurança e Medicina do Trabalho deve estabelecer normas em saúde e segu-

rança ocupacional e controlar a fiscalização, também determina que as empresas devem cumprir e fazer cumprir as normas relacionadas à saúde e segurança, instruindo seus empregados quanto aos procedimentos de segurança e manutenção da saúde. Estes, por sua vez, devem observar as normas colocadas e fazer cumpri-las juntamente com a empresa. A CLT determina também que, dependendo do número de funcionários e da periculosidade das atividades desenvolvidas, a empresa deverá constituir uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), composta por representantes do empregador e dos empregados, e manter Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT (CAMPANHOLE; CAMPANHOLE, 1993).

A maior deficiência quanto ao cumprimento das normas em SST por parte das empresas de menor porte em relação às empresas maiores é fato verídico em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Jensen et al. (2001) dizem que geralmente as firmas menores não seguem as regras estabelecidas pelas normas de saúde e segurança. Como exemplo, podemos citar os estudos de Champoux e Brun (2001), que demonstraram que a abordagem à gestão em SST na Pequena Empresa (PE) não é sistemática, a seleção dos problemas a resolver é feita de maneira arbitrária e a PE tende a utilizar medidas de controle pouco elaboradas. Algumas empresas gerenciam a atenção à saúde ocupacional somente direcionando ações em segurança – destacando-se o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) –, havendo frustração entre muitos empregadores ao perceberem que os EPI fornecidos não são amplamente utilizados (BRADSHAW et al., 2001; CHAMPOUX; BRUN, 2001; RONGO et al., 2004).

Apesar da dificuldade de cumprimento integral das normas, as pequenas empresas, em geral, apresentam uma vantagem sobre as grandes empresas quanto à morbidade de suas atividades: como há poucos funcionários e uma diversidade de atividades a serem realizadas, os trabalhos podem ser alternados e variados e o efeito de posturas extremas e repetição de movimentos pode ser aliviado (WALTARI et al., 1980). Por outro lado, os acidentes são proporcionalmente mais frequentes nas empresas de menor porte (EUROSTAT, 2000 apud DE KOK, 2005).

Considerando que muitas empresas (principalmente as de menor porte) não conduzem ações em saúde e segurança adequadamente, havendo deficiências no cumprimento das normas impostas, é comum, nos achados da literatura, pesquisadores alegarem que faltam educação e treinamento nas empresas menores, o que resulta em prejuízos às ações em saúde e segurança, devendo haver maior responsabilidade das empresas sobre a saúde de seus empregados (JOHANSSON; JOHANSSON, 1992; CHAMPOUX; BRUN, 2001; JENSEN et al., 2001). São frequentes, também, relatos quanto às limitações econômicas existentes nas firmas menores, as quais tornam difícil esperar um alto grau de atividade em termos de

saúde (SOHN et al., 1998; CHAMPOUX; BRUN, 2001; JENSEN et al., 2001). Jensen et al. (2001) consideram, entretanto, que a falta de recursos e de informações não é o maior impedimento à adoção de políticas de saúde e segurança no ambiente de trabalho, sendo necessário qualificar apenas uma pessoa de dentro da empresa a partir de um treinamento para que esta controle as ações de SST, conduzindo ações e gerenciando a informação.

Um grande empecilho às ações de SST no ambiente de trabalho pode ser, entretanto, relacionado à natureza dos programas hoje existentes em todo o mundo. Jung (1999) acredita que as diferenças entre pequena, média e grande empresas demandam atividades desenvolvidas de acordo com o tamanho da empresa e as características de cada local de trabalho. Torp e Moen (2006) concordam com Jung (1999) ao dizer que o sistema de gerenciamento de ações em saúde e segurança deveria se adaptar ao tamanho e às necessidades da companhia, sendo que a menor complexidade estrutural das empresas menores não demandaria, de acordo com o estudo, tanto em termos de exigência estrita das normas.

É importante frisar a importância de se adaptar programas de SST não somente ao tamanho da empresa, mas também às necessidades, especificidades e limitações de cada PME. Champoux e Brun (2001) identificaram, na França, que a dificuldade de homogeneização das pequenas empresas limita a aplicação de programas que foram desenvolvidos especialmente para as mesmas, sem, entretanto, considerar as diferenças que as PE guardam umas das outras. Cada empresa requer diferentes níveis de cobertura, dependentes do tamanho, dos processos operados, do trabalho com riscos conhecidos e previamente identificados (BRADSHAW et al., 2001), sendo pertinente perguntar até onde as propostas de ação nas empresas estão ajustadas aos seus constrangimentos e facilidades (JOHANSSON; JOHANSSON, 1992).

A Ergonomia e a PME

A Ergonomia é uma disciplina que visa à compreensão das interações entre humanos e outros elementos de um sistema, aplicando teoria, princípios, dados e métodos para projetar e aperfeiçoar o bem-estar humano e o desempenho do sistema global, considerando fatores pertinentes aos aspectos físicos, cognitivos, sociais, organizacionais, ambientais e outros (INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION, 2003).

Mesmo contribuindo não apenas para a melhoria nas condições de saúde e segurança dos trabalhadores, mas também para melhorias na *performance* e produtividade da empresa, a Ergonomia apresenta dificuldades em inserir-se nas empresas de menor porte. Apesar da clara vantagem trazida por uma in-

tervenção, Waltari et al. (1980) dizem que, do ponto de vista ergonômico, o lay-out do posto de trabalho e a produção das PME são pouco planejados, sendo os conceitos de Ergonomia pouco familiares às pequenas empresas, ao contrário do que acontece na maioria das grandes empresas. Consta-se, muitas vezes, a falta de Ergonomia nas PME, alegando que, se houvesse tal estudo, grande parte desses problemas poderiam ser detectados e evitados. Considerando que uma ação ergonômica mostra seus resultados de forma mais clara nas empresas menores, com ganhos na produtividade, já que as ações são mais interligadas e as reações mais visíveis, fica difícil entender, à primeira vista, porque ela encontra-se ausente nesses ambientes.

Já em 1984, a propósito da Ergonomia em PME, era feita a constatação de que a Ergonomia “nasceu e desenvolveu-se em sistemas de maiores dimensões” (BONNIN; BEDR, 2001), o que justifica o fato das ferramentas de análise pertencentes à Abordagem Clássica da Ergonomia e da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) encontrarem dificuldades em inserir-se nas empresas de menor porte: a primeira por não possibilitar análises centradas no social – uma das demandas de análise das PME; a segunda pelo seu alto custo. Além disso, na PME há ausência formal de competências internas que possam apoiar a Ergonomia (BONNIN; BEDR, 2001). Essa ausência diz respeito à gestão econômica, à organização, à regulamentação e ao funcionamento humano, o que implica em uma gestão que se apóia, sobretudo, no sentido implícito das coisas. O comportamento e as decisões dos gerentes são guiados pelos indicadores financeiros da empresa, pelas ofertas do mercado, pelas obrigações legais incontornáveis e pelo comportamento aprendido com seus pais ou com os donos da empresa (BONNIN; BEDR, 2001).

A busca por alternativas voltadas à análise das situações de trabalho nas PME, tais como a Ergonomia de Performance Global da França (BONNIN; BEDR, 2001), o *Diagnostic Court*, também na França (AGENCE NATIONALE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, 2006; DELTOR; GUERÍN, 1994; DELTOR; THON, 1992), e a Lista de Verificação Ergonômica (LVE), no Brasil (INTERNATIONAL LABOUR OFFICE e INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION, 2001), evidenciam que, não só no Brasil, mas em outras partes do mundo, a demanda por ações ergonômicas voltadas para as PME é uma realidade, refletindo, presumivelmente, a dificuldade em utilizar os métodos da Abordagem Clássica e da AET nas empresas menores, seja pelo alto custo de tais ações ou pela não conciliação com a demanda e limitação destas.

Quanto aos instrumentos voltados para a PME citados acima, a LVE deve ser vista com certa ressalva, pois há pouco foco nas outras questões que não as físicas se a compararmos com o método AET, recomendado pela NR-17 como meio de avaliação do local

de trabalho. Não há na LVE, instrumento tão próximo da abordagem clássica da Ergonomia, espaço para uma visão que não técnica dos problemas, não havendo meios, no momento de aplicação da lista, para diálogo com os trabalhadores, o que permitiria coletar dados sobre a percepção que eles guardam do processo de trabalho, confrontando essa visão com a dos líderes, em termos de demanda para a mudança. Apesar das contrariedades, a LVE tem sua utilidade expressa pela possibilidade de contribuir para a resolução de alguns – ou de muitos – problemas através de criatividade e de um investimento relativamente baixo. O custo praticamente nulo da aplicação dessa lista, uma vez que é facilmente aplicável pelos próprios funcionários responsáveis por gerenciar saúde e segurança, também assegura ser um método interessante quando não há meios de aplicação da AET.

Métodos, tais como o *Diagnostic Court*, que faz um diagnóstico das demandas da empresa, guiando a ação para áreas prioritárias, auxiliam para que as ações não se desenvolvam de maneira arbitrária e que não haja seleção equivocada dos problemas a resolver. A vantagem desses métodos para abordar empresas de menor porte é que, além de sua completude por permitir essa negociação com os trabalhadores, são instrumentos que focam na real demanda da empresa, fugindo da reestruturação exclusivamente física e construindo novas relações a partir do diagnóstico das situações nas quais se pode intervir. O *Diagnostic Court* e metodologias centradas na demanda da empresa também conseguem conciliar-se com outra dificuldade muito evidenciada em estudos gerenciais e em qualquer outro programa desenvolvido para PMEs, que é a dificuldade de homogeneização, devido aos diferentes motivos que levam a empresa a se manter pequena ou aos diversos setores ao qual pertence, necessitando-se também de considerar o acesso a tecnologias, à informação e à disponibilidade de recursos financeiros. O *Diagnostic Court* apresenta ainda outra vantagem para a PME que consiste na gratuidade de sua aplicação, uma vez que é financiado pela *Agence Nationale Pour l'Amélioration des Conditions du Travail* (Anact) da França. Apesar das vantagens da ferramenta supracitada, não foram encontradas, na literatura pesquisada, evidências de sua aplicação no Brasil.

Método

Diante da evidente dificuldade das empresas de menor porte em desenvolver ações em SST e em Ergonomia eficientemente, também considerando a sua diversidade e a dificuldade sugerida por muitos autores em adaptar mecanismos desenvolvidos para as grandes empresas em ambientes menores, foi feita uma investigação prática sob a forma de estudos de caso e pesquisa qualitativa, entre os meses de abril de 2005 e dezembro de 2006, em três empresas

industriais de pequeno e médio porte da cidade de São José dos Campos-SP, cidade que, participando com 5,9% da produção industrial nacional, é um dos centros industriais e de serviços mais importantes do interior Paulista (SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS, 2006). Tal estudo visou primeiramente investigar as condições de saúde nesses ambientes para depois investigar a possível dificuldade na inserção de programas de saúde e segurança nas mesmas, principalmente no que se refere à Ergonomia, favorecendo uma reflexão sobre o assunto em questão.

Dispondo de um catálogo fornecido pela Associação de Empresas do Bairro Chácaras Reunidas (ASSECRE) – bairro que concentra a maior parte de empresas da cidade, com mais de 100 empresas de pequeno e médio porte cadastradas –, selecionamos aquelas pertencentes ao ramo industrial. Subseqüentemente, foi feito contato telefônico com 29 dessas empresas, selecionadas aleatoriamente, sendo que apenas três aceitaram fornecer dados para o estudo.

Por convenção, foram adotadas as seguintes siglas para as respectivas empresas estudadas:

- *PE-1*: Pequena empresa voltada para ferramentaria e estamparia, possuindo 60 funcionários. Produz peças, principalmente, para o setor automobilístico.

- *PE-2*: A empresa fabrica cabos e componentes para telefonia, sendo uma empresa de médio porte, segundo o gerente. Para o mercado, no entanto, pode aparecer como pequena empresa. Possui 45 funcionários, classificando-se como pequena de acordo com o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae).

- *MDE*: A empresa pode ser considerada como de médio porte caminhando para grande, pois possui 200 funcionários em seu quadro geral. As atividades da empresa se concentram no setor de autopeças de metalurgia, além de pintura e manutenção de tais peças.

A investigação, baseada em pesquisa qualitativa, consistiu inicialmente na realização de uma entrevista com os responsáveis por gerenciar as ações de saúde e segurança nas empresas e na visita ao chão de fábrica. As questões principais da entrevista foram a respeito da estrutura da empresa, dos processos operados, do número de funcionários, das ações em saúde e segurança desenvolvidas e dos responsáveis por gerenciar tais ações.

Após a coleta dos dados preliminares, houve necessidade de refino das questões que se queria investigar, tendo sido elaborado especialmente para este estudo um novo questionário, que objetivou investigar como são gerenciadas ações em SST no ambiente laboral, como a Ergonomia insere-se nesses ambientes, como é vista a SST e a Ergonomia nessas empresas, bem como sua importância, e quais as possíveis dificuldades em conduzir ações em Ergonomia nas empresas de menor porte. O questionário elaborado

para o estudo possui perguntas abertas e fechadas e divide-se em três partes:

- Na primeira parte, são feitas quatro perguntas fechadas sobre a empresa, a saber: porte, tipo, tempo de funcionamento e relacionamento com os trabalhadores.

- Na segunda parte, são feitas doze perguntas fechadas e quatro abertas sobre saúde e segurança, tais como a forma de gerenciamento das ações de saúde e segurança na empresa, as atividades desenvolvidas em termos de saúde e segurança, o uso de EPIs, Normas Regulamentadoras aplicadas na empresa, quem se responsabiliza por fazer cumprir as mesmas, o que é considerado mais ou menos importante, o motivo pelo qual não cumprem algumas normas – caso não as cumpram –, o que acham que poderia ser melhorado em termos de saúde e segurança, até onde acham que a saúde é responsabilidade dos empregadores ou dos trabalhadores, além da opinião dos entrevistados sobre as políticas de SST existentes.

- Na terceira parte, são feitas sete perguntas fechadas, direcionadas à Ergonomia e organização do trabalho, tais como a existência de estudos sobre a organização do trabalho na empresa, o conhecimento que possuem sobre a ergonomia e como vêem suas vantagens para a organização, bem como a disponibilidade em aplicar tais programas nas empresas e o que acham que poderia motivar ações ergonômicas.

O questionário é acompanhado de instruções de preenchimento, o qual alerta ser possível anotar mais de uma resposta quando houver questões de múltipla escolha. Além disso, há espaço para os respondentes anotarem suas opiniões e comentários.

Dentre essas empresas, apenas a PE-1 e a MDE forneceram dados integralmente à pesquisa, tendo a outra firma fornecido apenas dados preliminares a este estudo e alegado, em fases subseqüentes, que não teria tempo disponível para fornecer maiores detalhes à investigação. Abaixo, um breve perfil dos entrevistados:

PE-1: A entrevista foi feita com a diretora de RH; o questionário foi respondido pela presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

PE-2: O dono da empresa forneceu os dados à entrevista;

MDE: A diretora de RH forneceu os dados à entrevista e o técnico de segurança do trabalho respondeu o questionário.

Uma vez que a entrevista e o questionário foram aplicados em fases distintas do estudo, os dados coletados para ambos foram tratados separadamente. Os dados da entrevista foram transcritos para um relatório; as respostas obtidas nos questionários foram devidamente analisadas e transcritas para outro relatório. Todos os dados coletados podem ser encontrados ao longo do item *Resultados e discussão*. Considerando

que, para cada empresa, existe uma percepção e uma postura diferente a respeito da SST e da Ergonomia, deve ficar clara a unicidade de cada caso.

Embora a PE-2 não tenha participado integralmente do estudo, o relato fornecido na entrevista preliminar foi de grande valia para a discussão, justificando sua não exclusão.

Resultados e discussão

A seguir, os resultados do estudo conduzido nas três empresas em questão. São descritos e discutidos resultados relativos à Saúde e Segurança no Trabalho e à Ergonomia, a saber: profissionais envolvidos nas ações supracitadas; as orientações fornecidas aos trabalhadores e o nível de participação destes nas ações; a forma de avaliação dos resultados das intervenções, assim como a informalidade e a perceptividade em que tais ações são pautadas. Depois, discutem-se as dificuldades encontradas pelas empresas para a realização de ações em SST e em Ergonomia.

Profissionais envolvidos nas ações ergonômicas e de SST nas PME estudadas

Como resultado de tal investigação, ficou evidente que o gerenciamento da saúde e segurança difere entre as empresas: na PE-1 somente é gerenciada a segurança e quem a gerencia são os membros da CIPA; na PE-2, quem gerencia saúde e segurança, além da CIPA, é o gerente da empresa – fato observado na maioria das empresas da Grã-Bretanha por Bradshaw et al. (2001); na MDE, as ações em SST são gerenciadas por um técnico de segurança do trabalho, que leva as propostas de mudanças para a gerência. Mudanças no local de trabalho – realizadas à luz de conhecimento adquirido em cursos de Ergonomia e em livros sobre o assunto – são realizadas, na PE-2 e na MDE, pelo gerente e pelo técnico de segurança do trabalho, respectivamente.

Uma das principais características evidenciadas nas empresas pesquisadas é a presença de consultores externos para guiar ações relativas à saúde e segurança de seus funcionários, colaboração comum à PME, que, muitas vezes, não possui recursos internos – financeiros, humanos ou estruturais – que permitam conduzir tais ações por si só. Quanto menor for a empresa, maior o apoio recebido desses consultores. Logo, evidências sobre a contratação de consultores, apontadas pelos trabalhos de Rachid et al. (2001) em pesquisa sobre o cumprimento de normas ISO 9001, bem como nos trabalhos de Bradshaw et al. (2001) e de Jung (1999), ambos a respeito de ações em saúde e segurança desenvolvidas, respectivamente, na Grã-Bretanha e na Coréia, confirmam-se para os casos em questão, seja por que tais serviços saem por um preço reduzido, seja pela não existência de profissionais capacitados pertencentes ao quadro fixo da empresa,

esse último fator relacionado não só ao custo de contratação, mas à falta de capacidade dessas empresas em comportar em seu quadro grande diversidade de mão-de-obra – fato evidenciado por La Rovere (2001) e Cardoso (1998). Uma desvantagem que o serviço de consultoria pode apresentar na PME é a sua análise nada holística de seu ambiente, sendo a contratação de consultores geralmente direcionada para um assunto específico (SOARES, 1998).

Orientações fornecidas aos trabalhadores

As três empresas alegaram orientar seus trabalhadores quanto à segurança. Todas relataram fornecer ao trabalhador as orientações através da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) ou de panfletos e pôsteres alocados na empresa, sendo que a MDE e a PE-2 afirmaram prover informações também sobre manutenção da saúde. A PE-1 limitava-se a realizar, como medida de saúde, atividades de alongamento antes do início do expediente, mas, por questões financeiras, extinguiu o programa, sendo hoje opção de o trabalhador alongar-se ou não antes do início do turno. Medidas, tais como elaboração de panfletos e pôsteres, também foram identificadas no estudo de Bradshaw et al. (2001) como sendo medidas adotadas pelas empresas de menor porte para orientar quanto à saúde, destacando-se por serem alternativas práticas, de baixo custo e, justamente por isso, facilmente divulgáveis na PME.

A afirmação de que essas empresas oferecem treinamento em algum grau a seus trabalhadores faz inquirir até onde a afirmação de Johansson e Johansson (1992), Champoux e Brun (2001), Jensen et al. (2001), sobre a falta de treinamento e educação nas empresas menores, pode ser considerada válida. Pode ser que o conhecimento não seja transmitido de forma correta, mesmo porque o meio pouco formalizado como são conduzidas as ações e o não estabelecimento de mecanismos claros de comunicação interna nas PME podem favorecer que as informações básicas não sejam transmitidas da forma e no tempo corretos, conforme já afirmou Cardoso (1998). Mesmo que se possa contestar a qualidade da informação provida, não se pode negar que há a (tentativa de) sua transmissão.

A participação dos trabalhadores

Na PE-1, os trabalhadores não possuem o direito de apresentar propostas ou de participar dos programas relativos à saúde e à segurança, fato comum em algumas empresas de acordo com Miranda e Dias (2004). O pouco espaço para opinar mantém relação com a forma de gerenciamento vivenciada na PE-1, que não permite participação dos trabalhadores, caracterizando-se como regime paternalista, segundo estudo de Biquand et al. (2001). Na referida empresa, há clara centralização do poder, natural em empresas de menor porte, embora esse não seja o único sistema de gerenciamento das PME, que podem ter

favorecidas a comunicação e a visibilidade por parte de seus gerentes devido à falta de hierarquias, proporcionando uma melhor relação de comunicação entre a chefia e os trabalhadores (GHOBADIAN; GALLEAR, 1996). A comunicabilidade favorecida pela melhor visão é evidenciada na PE-2 e MDE, onde é permitido ao trabalhador participar e opinar, havendo nas empresas citadas a participação dos trabalhadores no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

Quanto à importância do diálogo, é válido argumentar que toda transformação, para corresponder às necessidades de quem usufrui dela, deve ser guiada por seus relatos, suas necessidades, sua percepção sobre o ambiente e sobre o que pode potencialmente ser melhorado. A abordagem situada da Ergonomia valoriza a participação dos trabalhadores no processo de construção da saúde no ambiente de trabalho. Para Biquand et al. (2001), lógicas simplistas, quando não há clara visão dos acontecimentos internos das empresas, apresentam riscos aos empregadores de não conseguirem administrar ações em segurança, tampouco melhorar as condições de trabalho ou controlar adequadamente a gestão de suas firmas. A falta de participação dos trabalhadores, bem como a falta de um confronto entre os achados de uma investigação do local de trabalho e a percepção dos trabalhadores – no tocante aos constrangimentos impostos pela atividade – também interferem, negativamente, na mudança de visão dos trabalhadores para que estes aceitem as melhorias, segundo o mesmo autor.

Forma de avaliação das ações em SST e Ergonomia nas empresas

Não há, na MDE ou na PE-1, qualquer forma de avaliação e medição formal dos resultados das ações em SST, nem aplicação da AET ou medição dos resultados das ações Ergonômicas na MDE e na PE-2, tendo sido essa tendência evidenciada por Bradshaw et al. (2001) também na Grã-Bretanha. Tal resultado é natural, visto que essas empresas guardam como característica a pouca formalização de seus processos (CARVALHO, 2004; CARDOSO, 1998), havendo, também, ausência de competências internas que apoiem a Ergonomia nessas empresas (BONNIN; BEDR, 2001). Na MDE, as avaliações dos programas voltados à Ergonomia são pautadas na percepção dos atores envolvidos no processo de transformação do trabalho. A afirmação de Cardoso (1998) de que a cultura dessas empresas é informal e perceptiva, sendo as mudanças guiadas de acordo com essa informalidade e percepção, e de Bonnin e Bedr (2001) de que a gestão das PME apóia-se no sentido implícito das coisas, sustenta o resultado encontrado para essas duas últimas empresas. Mesmo havendo dificuldade de mudança cultural, natural de qualquer empresa (CARDOSO, 1998), a vontade de mudar e o reconhecimento dos benefícios das mudanças ultrapassam as

barreiras impostas tanto pelos funcionários, quanto pela diretoria, na PE-2 e na MDE.

Ações em SST e em Ergonomia

Os claros ganhos em termos de aumento da produção e redução do absenteísmo trazidos por mudanças sobre aspectos físicos, cognitivos e organizacionais do trabalho são reconhecidos pela PE-2 e MDE que, informalmente, realizam melhorias no ambiente de trabalho guiadas pelo diálogo entre as diversas hierarquias. A clara visão do valor em investir em ações voltadas ao ambiente de trabalho como garantia da boa saúde de seus funcionários, na MDE e PE-2, contraria a visão conservadora ainda muito difundida de que o trabalhador é responsável por seus atos e por manter sua boa saúde. Essa crença, relatada por Vilela et al. (2004), é ainda vigente em muitos locais, inclusive na PE-1, que atribuiu, há pouco tempo, a culpa de um acidente à desatenção do trabalhador que burlou o sistema bi-manual de uma prensa, não sendo reconhecida, nesse caso, a influência dos fatores físicos do local e das exigências de produtividade que o levaram a tentativa de otimizar o processo de produção. A falta de arranjos de proteção em máquinas e equipamentos das empresas também já fora identificado previamente na Noruega por Bull, Riise e Moen (2002).

Quanto à maneira informal e perceptiva de conduzir melhorias, reconhece-se que essas mudanças informais podem trazer benefícios para as empresas em questão, podendo, segundo Valot (2001), o funcionamento relativo da improvisação se revelar uma gestão da imprecisão capaz de produzir uma adaptação eficaz em um ambiente marcado pela incerteza e pela complexidade. Por outro lado, as conseqüências negativas dessa não formalização dos estudos em SST em nenhuma das três empresas estudadas versam em torno do risco destas empresas utilizarem medidas pouco elaboradas, seguindo tendência apontada por Champoux e Brun (2001) da abordagem à gestão em SST, principalmente na PE, não ser feita de maneira sistemática, com seleção arbitrária do que se deve resolver e ações pouco elaboradas. A tempo, nenhuma das empresas visitadas conhecia a LVE, o *Diagnostic Court* ou qualquer outro método de análise Ergonômica voltado à PME.

Algumas considerações sobre as ações em SST e em Ergonomia nas empresas estudadas

Os resultados descritos acima nos levam a concluir que, enquanto na MDE e na PE-2 busca-se melhorar as condições de trabalho, na PE-1 há preocupação somente com ações voltadas à segurança e zelo por parte dos trabalhadores, sendo cumprido o mínimo exigido por lei, fatos já evidenciados em outras pequenas empresas estudadas por Bradshaw et al. (2001), Champoux e Brun (2001) e por Rongo et al. (2004). Se dentro da cultura participativa da MDE

e da PE-2 há certa valorização do trabalhador como agente ativo na mudança, sendo atendidas algumas das reivindicações colocadas por estes quanto a possíveis melhorias no ambiente, dentro da cultura conservadora e paternalista da PE-1 é fácil assumir que o trabalhador deve ser responsável pelos seus atos e prevenir os riscos no local, desprezando o ambiente como contribuinte dos eventos traumáticos. Rememorando que a conduta não é somente a parte observável do ato e que os acidentes podem ser também resultado de disfunção do sistema, não sendo uma simples questão de atenção ou desatenção às normas (observações feitas por Dejours, 2003; Neboit, 2003 e Vilela et al. 2004), fica expressa a importância de medidas voltadas a transformar o trabalho.

As dificuldades encontradas pela PE-1 e pela MDE para desenvolver programas de SST

Para os casos estudados, distintos agentes promovem a dificuldade da disseminação da Ergonomia e de ações em SST, havendo razões diversas para a forma como são conduzidas as ações.

Na PE-1, a opção por consultores externos – atuantes em tempo parcial – para desenvolver parte das ações deve-se à falta de recursos financeiros para manter profissionais contratados em tempo integral, de estrutura e, complementarmente ou conseqüentemente, de competências internas para apoiar esses profissionais dentro da empresa. Logo, as dificuldades financeiras, caracterizadas inclusive pela falta de crédito subsidiado e de apoio específico a essas empresas, evidenciadas pelos estudos de Soares (1998), La Rovere (2001) e Lemos (2003), motivam a falta de investimentos em saúde, assegurando, para este caso, a veracidade dos argumentos de Sohn et al. (1998), Champoux e Brun (2001) e Jensen et al. (2001) sobre a influência exercida pela disposição de recursos financeiros no alcance das atividades em SST. Refuta, portanto, a afirmação de De Kok (2005) de que as condições econômicas não repercutem sobre a opção da empresa em não investir em ações preventivas. A falta de estrutura e de competências internas na PE-1, referidas pela entrevistada como um dos dificultadores de tais ações e anteriormente descritas por La Rovere (2001), Cardoso (1998), Coriat (1994) e Rachid et al. (2001), refutam, para esse caso, a afirmação de Jensen et al. (2001) de que, para conduzir ações de SST nas empresas menores, basta qualificar alguém de dentro da empresa a partir de um treinamento. Frente a tal possibilidade, é interessante rememorar Ghobadian e Gallear (1996), que acreditam que o treinamento em PME é limitado devido aos poucos recursos humanos, aos poucos profissionais qualificados e aos constrangimentos financeiros enfrentados.

A falta e a forma de utilização dos recursos na PE-1 (GHOBADIAN; GALLEAR, 1996), motivadas pela instabilidade e pela vulnerabilidade, dificultam ao líder da empresa disponibilizar o seu tempo para trabalhar com saúde e segurança – confirmando assim os argumentos de De Kok (2005) e Walters (2002) – e somam-se à necessidade de manter ações prioritárias do ponto de vista do gerente para a sobrevivência da empresa, principalmente quando esta está vivenciando a “fase heróica”, pela qual o dono da empresa faz tudo. Nesse caso, a Ergonomia só encontrará espaço para inserção quando a empresa vivenciar seu momento de crescimento, que possibilitará a recriação desse ambiente e de novos investimentos (informação verbal)³. É difícil para uma empresa que não tem incorporada a Ergonomia adotá-la, nesse momento, em uma tentativa de sobrevivência, visto o custo de novos maquinários e das demais modificações propostas.

Na PE-1, também a cultura aliada ao modelo gerencial e não somente à falta de recursos financeiros ou de pessoas foi evidenciada como entrave às ações ergonômicas, principalmente ao considerarmos que, dentro da abordagem situada, que engloba a AET e a negociação dos constrangimentos, assim como para outras ações em SST, a participação dos trabalhadores pelo provimento de sua percepção é considerada necessária. O claro autoritarismo com que a gerência se relaciona com os trabalhadores e o modelo paternalista assumido contribuem para a não construção de ações, já que não é oferecida ao trabalhador a oportunidade de opinar. Os membros da CIPA não conseguem driblar a pouca vontade da gerência em atender às reivindicações dos trabalhadores (fato não exclusivo desta empresa ou de empresas de pequeno porte).

As conseqüências do modelo paternalista, descrito por Biquand et al. (2001), são os desarranjos e a falta de equilíbrio na relação com os trabalhadores, evidenciando que quanto menor a comunicação, mais difícil entender as necessidades do trabalhador, o que resulta em equívocos de julgamento. Conforme já dito por Cardoso (1998), não se pode esperar que processos participativos de busca por melhorias funcionem perfeitamente quando aplicados em organizações altamente centralizadas, onde um manda e os outros obedecem, de preferência, sem discutir.

A cultura de causalidade de acidentes sob responsabilidade do trabalhador seria o que leva a PE-1 a assumir ações mais voltadas à segurança do que à saúde, tais como a promoção do uso dos EPIs e orientação quanto aos atos seguros, confirmando o argumento de Bradshaw et al. (2001), Champoux e Brun (2001) e Rongo et al. (2004) de que algumas empresas gerenciam saúde ocupacional privilegiando ações em segurança.

³ DUARTE, J. F. C. M. Comunicação pessoal em qualificação de dissertação de mestrado. Fevereiro/2006.

Analisando a MDE, a disponibilidade de recursos financeiros não foi apontada pelo seu entrevistado como dificultador de ações em SST, portanto, tal assertiva não pode ser considerada principal agente limitador neste caso, nem foi apontada impossibilidade de treinar um profissional de dentro da empresa para gerenciar ações em SST, mesmo porque na empresa há um técnico de segurança que busca aprimorar seus conhecimentos na área de SST e Ergonomia. Fato é que, mesmo informalmente, busca-se cumprir as normas em Ergonomia. Consideram-se, nessa empresa, além de sua maior disponibilidade de recursos e melhor acesso ao conhecimento, dois agentes facilitadores para a entrada de ações em SST e da Ergonomia: o modelo gerencial assumido e a vontade de mudar. Há na MDE valorização do trabalhador como agente ativo na mudança da empresa, opinando, fornecendo sua percepção sobre o que pode ser melhorado, sendo o modelo gerencial dessa empresa um modelo administrativo, seguindo a definição de Bi-quand et al. (2001). Ainda, há na empresa o reconhecimento da importância da Ergonomia, além da clara visão sobre o que ela realmente é; estão inclusive tentando montar um comitê próprio de Ergonomia. Foi apontado como agente dificultador de toda ação na empresa a resistência à mudança cultural, principalmente por parte dos gerentes, mesmo que entre eles haja reconhecimento da importância da Ergonomia (inclusive para o bom desempenho da produtividade) e de ações providas pela empresa para assegurar saúde e segurança, embora isso não impeça mudanças. Essa resistência à mudança cultural já foi apontada por Cardoso (1998) e atesta-se como verossímil, sendo apoiada pela afirmação de Duarte e Feitosa (1998) de que entre o desejo de ver melhorias e a aceitação dessa mudança, há uma distância que nem sempre a empresa almeja verdadeiramente encurtar.

Pode-se dizer que, mesmo ante certa resistência à mudança, a PE-2 e a MDE expressam um reconhecimento do valor de ações sobre a saúde e segurança, reconhecendo também que não só o trabalhador, mas também a empresa possuem responsabilidades sobre tais ações. Enquanto na PE-1 está explícito que os trabalhadores devem ser os responsáveis por zelar pela sua saúde, nesta última, mesmo quando houve acidente com a prensa, não se assumiu que a máquina apresentava déficit de segurança, tendo sido atribuída toda a responsabilidade sobre a causa do acidente à vítima. Tal resultado condiz com os dados obtidos em pesquisa por Bradshaw et al. (2001), que viu que, apesar da maioria dos empregadores achar a saúde importante para o andamento da firma, não está claro em que nível os empregadores devem se responsabilizar, embora haja unanimidade em considerar que o trabalhador deve ser responsável pela sua saúde.

A consulta aos órgãos de apoio às PME, tais como o Serviço Social da Indústria (SESI) e o Sebrae, evidenciam, para a cidade em questão, não haver qualquer programa que favoreça a informação

sobre os benefícios da Ergonomia para as empresas, tampouco programas que incentivem seu uso nas PME. Há, no SESI, incentivo à boa saúde no que diz respeito à orientação sobre alimentação, controle da pressão arterial, além de outras dicas de saúde, mas não há nada voltado ao incentivo à Ergonomia. Em outros estados, como, por exemplo, no Rio Grande do Sul, o Sebrae e o SESI desenvolvem ações voltadas à SST e Ergonomia nas empresas, estimulando a disseminação da última através da promoção de análises em empresas menores. Quanto à divulgação da LVE na cidade sede do estudo, há indícios de fraca divulgação da ferramenta, assim como é com outras medidas mais simples, sendo que nenhuma das empresas visitadas, nem mesmo o Sebrae ou o SESI, conheciam a LVE.

Alternativas para uma melhor inserção da Ergonomia nas PME

Seja pelo pouco esclarecimento sobre a disciplina Ergonomia, seja pelo conservadorismo e pela crença de causalidade de acidentes como responsabilidade do trabalhador, ou ainda pela dificuldade de conduzir ações formalmente nas empresas, mesmo onde elas são aceitas, fica expressa a necessidade de desenvolver ferramentas adaptáveis às PME do Brasil aliadas a políticas de informação e esclarecimento, o que poderia quebrar alguns paradigmas e minimizar a não aceitação dessas ações.

Empresas em que impera a falta de clareza sobre a importância das ações em SST e dos possíveis ganhos com a Ergonomia não abrem espaço para a introdução desta última. Haslam (2002) argumenta que as ações dos indivíduos são moldadas por seus conhecimentos, habilidades, hábitos e desejos, os quais, por sua vez, são influenciados por aspectos psicológicos e sociais. Não só prover informação aos líderes, mas também aos operadores é essencial para que seja possível a ambos entenderem o benefício de uma melhoria. Para Haslam (2002), este entendimento é provido através de um processo de educação, treinamento, encorajamento e *feedback*, caso seja necessário adotar uma maneira diferente de realizar uma tarefa ou utilizar uma máquina redesenhada.

De fato, o conhecimento e o provimento de informação colocam-se como pilares para a construção de ações ergonômicas, fazendo surgir uma nova realidade, em que a provisão da saúde é algo real e efetivo, favorecida pelo ambiente de trabalho. Conhecer os riscos à saúde não implica necessariamente em reconhecer a importância da Ergonomia, e é por isso que prover informação sobre a disciplina, não só para empregadores, mas também para trabalhadores é algo essencial para a aceitação desta. O Reino Unido coloca-se como exemplo de país que buscou, a partir de campanhas tais como *Good Health is Good Business* e *Improving Access to Occupational Health Support*, promovidas pelo *Health and Safety Executive* e *Health*

and Safety Commission, reverter esse quadro característico de pouca informação, promovendo reconhecimento, por parte do empregador, da importância de programas de saúde e segurança em seus negócios (BULL et al., 2002). Neste país, fora identificada uma deficiência na provisão de informação para empregadores sobre a importância de ações em SST, evidenciando que o motivo da pouca ação sobre a saúde dos trabalhadores não era a falta de vontade de agir, mas sim a falta de conhecimento sobre como agir.

Analisando os efeitos positivos do provimento da informação sobre Ergonomia, Jensen et al. (2001) perceberam que, além de ter favorecido a obtenção de cooperação e clima psicológico, os empregados entenderam facilmente a abordagem básica apresentada e implementaram um número de melhorias que afetaram positivamente tanto a produtividade, quanto o ambiente de trabalho.

Além do provimento de informação, também deve ser considerada a importância da elaboração de políticas que incentivem a adoção de programas voltados à melhoria das condições de saúde e segurança no trabalho. Rongo et al. (2004) dizem que a falta de políticas claras no setor informal e a pobreza de locais de trabalho permanentes não encorajam investimentos na área de saúde ocupacional e segurança, mesmo que empregadores e empregados estejam conscientes dos riscos à saúde e à segurança no ambiente laboral. Tal assertiva confirma-se para o Brasil, onde algumas (ou muitas) empresas cumprem o mínimo estabelecido por lei pela própria desobrigação de que elas mantenham profissionais da área de saúde ou segurança, mesmo que o grau de risco de suas atividades seja alto – no caso de empresas com menos de 50 funcionários, há desobrigação de Serviços Especializados de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho –, ou mesmo pela falta de estrutura.

Diante das dificuldades em desenvolver ações ergonômicas, seja pelo custo, pela falta de informação, de estrutura, ou mesmo por questões culturais e gerenciais, o certo seria buscar, paralelamente ao estabelecimento de algumas políticas, o desenvolvimento e o provimento de ações que possibilitassem a introdução da Ergonomia nas PME, já que esta é capaz de reduzir os riscos inerentes ao trabalho. Digo prover, pois acredito que, diante das dificuldades vivenciadas, as empresas menores necessitam de fato desse apoio para que não só a situação de saúde encontre um caminho para melhora, mas também para que essas empresas experimentem um desenvolvimento pautado tanto no bem-estar de seus funcionários, quanto nos objetivos da companhia.

A falta de políticas direcionadas ao bem-estar do trabalhador pode trazer desestímulo ou desinteresse por outras iniciativas que não abordagens focadas na segurança, havendo equívoco quanto à importância de desenvolver tais ações, as quais acabam sendo relacionadas como que pertinentes somente às grandes

empresas, conforme relato colhido na PE-1, que considerava a Ergonomia um projeto essencial somente para aquelas. Outro fator contribuinte para o não desenvolvimento de ações ergonômicas é a determinação legal para que mudanças somente sejam feitas nas empresas após um auditor fiscal visitar o estabelecimento e, a partir de uma avaliação, determinar o que deve ser mudado em termos de adequação do posto de trabalho.

A ausência de ações ergonômicas configura-se como prejudicial não só para trabalhadores, que perderão em termos de saúde, segurança e melhora de sua produtividade individual, mas também para a empresa, que pode sofrer perdas na produtividade global, configuradas pela ineficácia na operação dos equipamentos projetados para determinadas atividades, bem como nos resultados esperados dos sistemas de trabalho, com conseqüente redução do desempenho competitivo e aumento do absenteísmo laboral (MAFRA, 2004). A informalidade na condução de ações ergonômicas mesmo em empresas que tentam desenvolver ou desenvolvem programas em Ergonomia, caracterizada pela intuição e improvisação de soluções, reforça a necessidade de políticas e, quem sabe, até financiamento público a programas de Ergonomia nas empresas.

Considerações finais

Simplemente instruir quanto à segurança não garante que tudo correrá bem. Organizar o trabalho é essencial para que a mudança seja de fato eficaz para eliminar fatores de risco no trabalho, tanto em questão de segurança, quanto de saúde, não só contribuindo para diminuição de acidentes, mas também para a prevenção de doenças relacionadas ao trabalho. A prevenção de LER/DORT também está relacionada aos fatores organizacionais da empresa, contribuindo conjuntamente para a melhoria da produtividade.

É necessário desenvolver medidas de estímulo, provisão e fomento à Ergonomia nas empresas de menor porte, instrumentos flexíveis que possam adaptar-se e atender às diferentes necessidades impostas pela individualidade de cada caso, entre empresas caracterizadas pela coexistência, em umas, de baixa incorporação tecnológica e, em outras, de alta flexibilidade e inovatividade. Cada análise deve trabalhar os conflitos entre os atores envolvidos para então trazer respostas para a melhora do ambiente de trabalho e para a construção de uma ação ergonômica.

Ainda, é preciso pensar em novas alternativas de inclusão de programas de Ergonomia nos ambientes industriais, os quais atinjam todos os níveis institucionais e estruturais, quiçá propondo um programa público de orientação e institucionalização da Ergonomia.

Referências

- AGENCE NATIONALE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL. *Le diagnostic Court*. [1994?]. Disponível em: <http://www.anact.fr>. Acesso em: 21 mar. 2006.
- BRADSHAW, L. M. et al. Provision and perception of occupational health in small and medium-sized enterprises in Sheffield, UK. *Occup. Med.*, London, GB, v. 51, n. 1, p. 39-44. Feb. 2001.
- BIQUAND, S.; LABILLE, B.; CHRISTELLE, C. Management et Ergonomie: conduite du changement dans les petites structures. In: CONGRÈS SELF-ACE, 2., 2001, Montréal. *Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie*. 1 CD-ROM.
- BONNIN, D.; BEDR, B. Développement du conseil en ergonomie: vers une prestation de conseil élargie destinée aux très petites, petites et Moyennes entreprises (TPE-MPE), l'ergonomie de la performance globale. In: CONGRÈS SELF-ACE, 2., 2001, Montréal. *Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie*. 1 CD-ROM.
- BORTOLI NETO, A. *Tipologia de problemas das pequenas e médias empresas*. 1980. 201 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1980.
- BULL, N.; RIISE, T.; MOEN, B. E. Work-related injuries and occupational health and safety factors in smaller enterprises – a prospective study. *Occup. Med.*, London, GB, v. 52, n. 2, p. 70-74, mar. 2002.
- CAMPANHOLE, A.; CAMPANHOLE, H. L. *Consolidação das leis do trabalho e legislação complementar*. 88. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 1993. 744p.
- CARDOSO, V. C. *Estratégia, processos e operações para pequenas e médias empresas: um método sintético para tornar negócios de pequeno porte auto-sustentáveis no longo prazo*. 1998. 151 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.
- CARVALHO, K. C. *Gestão das informações sobre o ambiente na pequena empresa: estudo comparativo de casos sobre o processo estratégico no setor de serviços (hoteleiro) da região de Brotas – SP*. 2004. 235 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Carlos, São Carlos, 2004.
- CHAMPOUX, D.; BRUN, J. P. Le Développement de Grilles d'auto-diagnostic des risques pour les petites entreprises: une approche pragmatique et concertée à la prise en charge de la santé et de la sécurité du travail. In: CONGRÈS SELF-ACE, 2., 2001, Montréal. *Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie*. 1 CD-ROM.
- CORIAT, B. *Pensar pelo avesso: o modelo japonês de trabalho e organização*. Rio de Janeiro: Revan, UFRJ, 1994. 212 p.
- DE KOK, J. M. P. Precautionary actions within small and medium-sized enterprises. *Journal of Small Business Manage.*, Morgantouen, Wa., v. 43, n. 4, p. 498-516, oct. 2005.
- DEJOURS, C. *O fator humano*. 4. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2003. 104 p.
- DELTOR, S.; GUERÍN, F. Lês enseignements et lês suites de l'évaluation. In: BOUTTERIN, C.; DELTOR, S.; GUERÍN, F. *Évaluation du diagnostic court*. Les Cahiers de L'anact, Montrouge, France, n. 1, mar. 1994. p. 31-37.
- DELTOR, S.; THON, P. A propôs du diagnostic court de l'ANACT ou... Lê diagnostic... Court Peut-il Exister? *Performances Humaines et Techniques*, Toulouse, France, n. 58, p. 16-19. mai./juin. 1992.
- DUARTE, F.; FEITOSA, V. (Org.). *Linguagem e trabalho*. Rio de Janeiro: Lucena; COPPE/UFRJ, 1998. 238 p.
- GHOBIADIAN, A.; GALLEAR, D. N. Total quality management in SMEs. *Omega*, London, v. 24, n. 1, p. 83-106, feb. 1996.
- HASLAM, R. A. Targeting ergonomics interventions: learning from health promotion. *Appl. Ergon.*, England, v. 33, n. 3, p. 241-249, may. 2002.
- INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION. *What is ergonomics*. Disponível em: www.iea.cc. Acesso em: 10 ago. 2003.
- INTERNATIONAL LABOUR OFFICE ; INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION. *Pontos de verificação ergonômica: soluções práticas e de fácil aplicação para melhorar a segurança, a saúde e as condições de trabalho*. São Paulo: Fundacentro, 2001. 327p.
- JENSEN, P. L.; ALSTRUP, L.; THOFT, E. Workplace assessment: a tool for occupational health and safety management in small firms? *Appl. Ergon.*, England, v. 32, n. 5, p. 433-440, oct. 2001.
- JOHANSSON, J.; JOHANSSON, B. Work environment functions in small enterprises in Sweden. *Appl. Ergon.*, England, v. 23, n. 2, p. 91-94. Apr. 1992.
- JUNG, M. H. The prospect for occupational health nursing activities in small and medium sized workplaces. *J. Occup. Health*, Japan, v. 41, n. 1, p. 47-50, jan. 1999.
- LA ROVERE, R. L.; CARVALHO, R. L. *Cooperação entre pequenas empresas e desenvolvimento local*. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://aplicaciones.icesi.edu.co/ciela/antiores/Papers/pmed/14.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2006.

- LEMOS, C. R. *Micro, pequenas e médias empresas no Brasil: novos requerimentos de políticas para promoção de sistemas produtivos locais*. 2003. 263 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- MAFRA, J. R. D. *Economia na ergonomia: metodologia de custeio baseado no modelo operante*. 2004. 211 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- MIRANDA, C. R.; DIAS, C. R. PPRA/PCMSO: auditoria, inspeção do trabalho e controle social. *Cad. Saúde públ.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 224-232, jan./fev. 2004.
- NEBOIT, M. Abordagem dos fatores humanos na prevenção de riscos do trabalho. In: MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Secretaria de Inspeção do Trabalho. *Caminhos da análise de acidentes do trabalho*. Brasília: 2003. 102 p.
- PINHEIRO, M. Gestão e desempenho das empresas de pequeno porte. 1996. 269 f. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- RACHID, A.; BRESCIANI FILHO, E.; GITAHY, L. Relações entre grandes e pequenas empresas de autopeças e a difusão de práticas de gestão da produção. *Gestão & Produção*, São Carlos, v. 8, n. 3, p. 319-333, dez. 2001.
- RODRIGUES, M. E. *O conhecimento nas micro e pequenas empresas: um estudo sobre a absorção e utilização nas micro e pequenas empresas fluminenses*. 2000. 158 f. Tese (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- RONGO, L. M. B. et al. Occupational exposure and health problems in small-scale industry workers in Dar es Salaam, Tanzania: a situation analysis. *Occup. Med.*, London, v. 54, n. 1, p. 42-46, jan. 2004.
- SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. Conheça a Região. São José dos Campos. s/d. Disponível em: http://www.sebraesp.com.br/principal/sebrae%20no%20estado/ersaojosedoscamos/conheca_regiao.aspx. Acesso em: 01 nov. 2006.
- SOARES, I. S. *A engenharia de produção e a pequena e média empresa - PME: uma abordagem sobre competitividade*. 1998. 213 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.
- SOHN, H. S.; LEE, S. K.; LEE, C. U. The effect on workers knowledge, attitudes and behavior of a group health care program for small-sized plants in Pusan, Korea. *J. Occup. Health*, Tokyo, v. 40, n. 3, p. 236-239, july. 1998.
- TORP, S.; MOEN, B. E. The effects of occupational health and safety management on work environment and health: a prospective study. *Appl. Ergon.*, England, v. 37, n. 6, p. 775-783, nov. 2006.
- VALOT, C. Pour une ergonomie du changement dans les organisations. In: CONGRÈS SELF-ACE, 2., 2001, Montréal. *Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie*. 1 CD-ROM.
- VILELA, R. A. G.; IGUTI, A. M.; ALMEIDA, I. M. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. *Cad. Saúde públ.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 570-579, mar./abr., 2004.
- VILLELA, A.; AMADEO, E. Geração de empregos privados. In: *Projeto nacional de desenvolvimento para micro e pequenas empresas*, Rio de Janeiro: COPPEAD/UFRJ, 1994.
- WALTARI, L. et al. Ergonomics in small workplaces with special reference to occupational health services. *Scand. J. Work Environ. Health*, Finland, v. 5, p. 24-29, 1979. Supplement 2.
- WALTERS, D. Health and safety in small enterprises: strategies for managing improvement. *Occup. Med.*, United States, v. 52, n. 4, p. 233-234, June, 2002.

Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira¹

Michael Robin Honer²

Anamaria Mello Miranda Paniago³

Eliana Setti Aguiar⁴

Rivaldo Venâncio da Cunha⁵

Efeito *booster* na prova tuberculínica em um hospital universitário de Mato Grosso do Sul

Booster effect on tuberculin skin tests at a university hospital in Mato Grosso do Sul

¹Mestre em Saúde Coletiva, enfermeira do Hospital Dia Prof. Esterina Corsini – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

²Professor Doutor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

³Professora Doutora Adjunta do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

⁴Professora Mestre Adjunta do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

⁵Professor Doutor Associado do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

Contato:

Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira
Rua Marques de Pombal, 1889, apto. 3,
bloco A – Condomínio Novo Portugal
Bairro Tiradentes. Campo Grande
– Mato Grosso do Sul

E-mail:

sandrinhaleone@gmail.com

Recebido: 30/07/2007

Revisado: 28/01/2008

Aprovado: 26/02/2008

Resumo

A triagem tuberculínica tem por objetivo realizar o rastreamento da infecção tuberculosa. Uma retestagem em uma a três semanas tem sido recomendada quando a prova tuberculínica for < 10 mm na 1ª dose para averiguar a ocorrência do efeito *booster*. Quando a prova tuberculínica for < 10 mm na 1ª dose e, uma a três semanas depois, na 2ª dose, ocorrer uma endureção ≥ 10 mm com aumento de pelo menos 6 mm em relação à primeira dose, tem-se, então, o efeito *booster*. Este estudo teve como sujeitos os profissionais de saúde de um hospital universitário e foi realizado na cidade de Campo Grande-MS com o objetivo de estimar a taxa de efeito *booster*. Dentre os 194 participantes, 65 (33,5%) foram reatores fortes ao PPD na primeira testagem e 129 foram reatores fracos ou não-reatores. Estes foram submetidos a uma segunda testagem, na qual, em 10 (7,8%) observou-se o efeito *booster*. A prevalência da infecção tuberculosa, avaliada em dois tempos, foi de 38,7%. Conclui-se que identificar o efeito *booster* na triagem tuberculínica é importante sob pena de obter-se taxas subestimadas de infecção tuberculosa. Útil também no acompanhamento da infecção recente e na avaliação segura da viragem tuberculínica, reduzindo a probabilidade de falsos negativos, que de outra forma seriam erroneamente interpretados como profissionais recém-infectados.

Palavras-chaves: prova tuberculínica cutânea, prevalência, profissionais de saúde, fenômeno *booster*.

Abstract

Tuberculin screening aims at tracking tuberculosis infection. A one-to-three-week retest has been recommended when the tuberculin test is <10 mm in the first dose to check booster effect occurrence. The booster phenomenon occurs when the tuberculin screening is <10 mm in the first dose and after the second dose, in three weeks time, there is a >10 mm induration with an increase compared to the first dose of at least 6 mm. This study, aimed at estimating booster effect rate, involved health professionals from a University hospital in Campo Grande, a town in the Brazilian state of Mato Grosso do Sul. Among the 194 participants, 65 (33,5%) were strong PPD reactors in the first test and 129 were weak or non-reactors. They went through a second test which revealed 10 were reactors. Hence, the booster effect rate was 7,8%. In the two-step tuberculin test reactor tuberculosis infection prevalence was 38.7%. The authors concluded that identifying booster effect in tuberculin screening is important to avoid under estimated rates of tuberculosis infection. It is also important to follow up recently acquired infections and evaluate the results of tuberculin screening accurately to reduce the probability of false negative results, which would otherwise be misinterpreted as referring to recently infected health professionals.

Keywords: tuberculin skin test, prevalence, health care professionals, booster phenomenon.

Introdução

A triagem tuberculínica é uma medida que tem por objetivo realizar o rastreio de profissionais com infecção tuberculosa. Também é considerada uma estratégia de detecção e prevenção de novos casos na transmissão intra-hospitalar, constituindo-se em um importante instrumento complementar no conjunto de ações de vigilância e diagnóstico da tuberculose (BEDRIKOW et al., 1977; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2004; CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2005).

Na avaliação da infecção tuberculosa pela prova tuberculínica, o profissional de saúde é considerado infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis* quando apresentar endureção ≥ 10 mm, avaliada 72-96 horas após a injeção intradérmica de 2 UI de PPD RT 23. Um resultado entre 5-9 mm deve ser interpretado como um teste fracamente positivo, podendo ser resultado da vacinação com BCG ou da infecção por outras micobactérias não-tuberculosas.

Um teste subsequente positivo, após duas testagens negativas, avaliado após 12 meses, será considerado viragem tuberculínica e o tratamento da infecção tuberculosa poderá ser recomendado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2004).

Quando a prova tuberculínica for < 10 mm na 1ª dose e, 1 a 3 semanas depois, na 2ª dose, ocorrer uma endureção ≥ 10 mm com aumento de pelo menos 6 mm em relação à primeira dose, tem-se, então, o efeito *booster*. Isso ocorre, possivelmente, por causa da diminuição da resposta de hipersensibilidade tardia após um longo período de instalação da infecção tuberculosa (CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2001).

O aumento da endureção comparada à primeira testagem pode causar uma falsa impressão de conversão ao teste. O que deve de fato ser entendido é que a reatividade às micobactérias dormentes ou latentes foi restaurada pelo estímulo antigênico gerado pela prova inicial (MELLO et al., 2003).

Este fenômeno pode levar também ao aumento do tamanho da reação na avaliação subsequente e é mais habitual em pessoas acima de 60 anos, podendo falsamente identificar uma pessoa como recém-infectada (KRAUT et al., 2004; CHOUDHARY et al., 2006).

A realização da prova tuberculínica em duas fases é indicada quando se prevê uma realização sequencial para acompanhamento de profissionais de saúde e dos pacientes infectados pelo vírus HIV ou imunocomprometidos, tais como doentes renais que realizam hemodiálise e indivíduos residentes em asilos (CENGIZ; SEKER, 2006).

O objetivo do presente estudo foi (re)conhecer a taxa de efeito *booster* em uma população de profissio-

nais de saúde de um hospital universitário de Mato Grosso do Sul.

Material e métodos

A pesquisa foi realizada no município de Campo Grande-MS, em um hospital-escola que desenvolve atividades de ensino e pesquisa, o qual é uma entidade autárquica federal, mantida por recursos dos Ministérios da Educação e da Saúde.

O Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) desenvolve atenção terciária e é campo de ensino para graduandos de Enfermagem, Odontologia, Medicina e Farmácia, cursos de Ensino Médio, como Técnico de Enfermagem, Técnico em Laboratório e Técnico em Radiologia.

A população deste estudo foi constituída pelos trabalhadores do HU da UFMS que tinham contato, no ambiente intra-hospitalar, direta ou indiretamente, com pacientes no processo de internação ou com suas secreções em ambiente de laboratório. O período de estudo foi de 01 de abril a 30 de setembro de 2004.

No Brasil, o Ministério da Saúde estima que cerca de 30% da população seja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, freqüência que foi utilizada para fins de cálculo da amostra no presente estudo.

A amostra de 194 servidores foi calculada no Programa EpiInfo 2003, 3.3.2, utilizando-se a técnica de amostragem probabilística estratificada com a inserção de mais 20% para as correções de perdas.

O critério de inclusão foi: consentir a participação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após receber informação verbal sobre os objetivos e a metodologia do trabalho. Ter história prévia de tuberculose (doença), uso prévio de tuberculostático, terapia imunossupressora em vigência e não consentir a participação no estudo, na primeira ou na segunda fase, foram considerados critérios de exclusão.

Utilizou-se o formulário, previamente validado, do Programa de Controle de Tuberculose Hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro (MELLO et al., 2003).

Para realizar a prova tuberculínica, foi usada a técnica de Mantoux, injetando-se 0,1 ml de PPD RT 23 (*purified protein derivate*) intraderme na face anterior do antebraço esquerdo de cada profissional, formando uma pápula de bordas bem delimitadas.

A avaliação da reatividade foi instituída a partir da região de endureção, medida pelo método palpatório, 72 a 96 horas após a injeção. Nos profissionais não-reatores na primeira prova, ou seja, quando a endureção do PPD foi igual ou inferior a 9 mm, pesquisou-se o efeito do tipo *booster*.

Considerou-se resposta do tipo *booster* ou fenômeno *booster* quando a prova tuberculínica foi < 10 mm na 1ª dose e, na 2ª dose, feita de 1 a 3 semanas depois, apresentou endureção ≥ 10 mm e aumento de pelo menos 6 mm em relação à primeira dose (SEPKOWITZ et al., 1997; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E FISIOLOGIA, 2004). Todos os indivíduos que apresentaram a prova tuberculínica reator forte foram encaminhados para avaliação médica especializada.

O presente estudo foi aprovado no comitê de ética em pesquisas envolvendo seres humanos da UFMS.

Os resultados foram analisados utilizando-se o programa EpiInfo Windows 3.3.2, 2004. A associação das variáveis categóricas foi avaliada por meio do teste do qui-quadrado e pelo teste exato de Fisher quando $n < 5$.

Resultados

Dentre os 194 participantes, 33,5% (65/194) foram fortes-reatores ao PPD na primeira testagem. Aqueles fracos ou não-reatores (129/194) foram submetidos a uma segunda testagem, que resultou em 10 fortes-reatores, obtendo-se, desta forma, uma taxa de efeito *booster* de 7,8% (10/129) (Fluxograma 1).

A prevalência da infecção tuberculosa, em dois tempos, foi de 38,7% (75/194) de reatores.

Discussão

Thompson et al., na década de 1970, reforçaram a necessidade de utilização da testagem repetida para distinguir as reações decorrentes do fenômeno *booster* daquelas originadas por uma infecção recente (THOMPSON, 1979; MELLO, 2003).

Neste estudo foi observada uma taxa de efeito *booster* de 7,8%.

Taxas variando de 0% a 9,7% foram demonstradas em estudos conduzidos pelo *Centers for Disease Control and Prevention* em dez hospitais americanos (SEPKOWITZ et al., 1997). No México, Zeichner et al. (2000) encontraram, em um hospital universitário, uma taxa de efeito *booster* de 10% (49/483). No Brasil, estudos realizados no Rio de Janeiro demonstraram taxa de efeito *booster* variando de 5,8% a 8,4% (MUZZY DE SOUZA et al., 1998; SILVA et al., 2001; SOARES; KRITSKI, 2004).

A prevalência global de fortes-reatores foi de 38,7%. Por outro lado, 8,8% (17/194) foram considerados fracos-reatores, resultados entre 5-9 mm. Estes resultados fracos-reatores podem ser atribuídos à infecção por outras micobactérias não-tuberculosas, à vacinação com BCG intradérmica ou a uma baixa resposta ao estímulo antigênico pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Na prevalência global, devem ser considerados os aspectos ambientais, o número de pacientes bacilíferos atendidos no serviço, o tempo de exposição do paciente aos profissionais, que são fatores que incrementam o risco de transmissão no hospital.

No presente estudo, não houve associação estatisticamente significativa dos profissionais com infecção tuberculosa com variáveis sexo, idade (Tabela 1), vacinação de BCG e presença de cicatriz vacinal.

Choudhary et al. (2006) observam que a testagem em duas etapas não incrementa o custo no acompanhamento anual dos profissionais, considerando que esta estratégia elimina os falsos-positivos em avaliações anuais, os quais, inadvertidamente, poderiam ser submetidos a quimioprofilaxia sem necessidade (MELO; AFIUNE, 1985; KRITSKI et al., 1993).

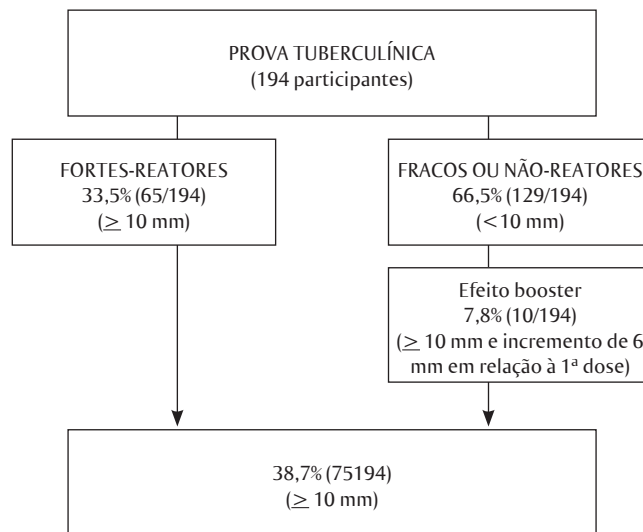


Figura 1 Resultados da triagem tuberculínica realizada em trabalhadores do Hospital Universitário, UFMS, 2004

Tabela 1 Sexo, idade e efeito *booster* em profissionais de saúde do Núcleo do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian / UFMS, 2004

Variáveis	Efeito Booster		Total n (%)	p
	Booster n (%)	Não booster n (%)		
Sexo				
Masculino	3 (4,8)	60 (95,2)	63 (100,0)	0,58
Feminino	7 (5,3)	124 (94,7)	131 (100,0)	
Idade				
< 36 anos	4 (3,9)	98 (96,1)	102 (100,0)	0,62
≥ 36 anos	6 (6,5)	86 (93,5)	92 (100,0)	

Nota: p < 0,05. Teste qui-quadrado corrigido Yates. Foi usado o Exato de Fisher Bicaudal para o valor de p.

Conclusão

Para avaliar a magnitude da infecção tuberculosa entre profissionais de saúde, é imprescindível que os programas de vigilância e controle conheçam a realidade epidemiológica.

Concluimos que é recomendável a repetição da prova tuberculina em dois tempos como parte das ações do programa de controle de tuberculose e do

programa de saúde ocupacional em hospitais. A identificação do fenômeno *booster* é uma medida fundamental no (re)conhecimento da infecção tuberculosa em profissionais recém-admitidos, reduzindo a probabilidade de falsos-negativos, que, de outra forma, seriam erroneamente interpretados como profissionais recém-infectados.

Referências

- BEDRIKOW, B. et al. Frequência da tuberculose entre funcionários de uma instituição de assistência médica e os resultados parciais de um programa de controle. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, v. 5, n. 20, p. 30-33, out./dez. 1977.
- CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. *Manual de Atualização: treinamento nas técnicas de aplicação e leitura do teste tuberculínico*. São Paulo: CVE, 2001. 28 p.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guidelines for preventing the transmission of mycobacterium tuberculosis in health-care settings, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. v. 54, n. RR-17, Dec., 2005. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5417.pdf>. Acesso em: 30 set. 2007.
- CENGIZ, K.; SEKER, A. Boosted tuberculin skin testing in hemodialysis patients. *Am. J. Infect. Control.*, United States, v. 34, n. 6, p. 383-387, Aug. 2006.
- CHOUDHARY, M. et al. A university hospital 10-year experience with tuberculin testing: value of the 2-step tuberculin skin test. *Am. J. Infect. Control.*, United States, v. 34, n. 6, p. 358-361, 2006.
- KRITSKI, A. L. et al. Tuberculose entre profissionais de saúde. Risco ocupacional? *J. Pneumologia*, v. 19, p. 113-121, 1993.
- KRAUT, A. et al. Predictors of positive tuberculin skin test (TST) results after 2-step TST among health care workers in Manitoba, Canada. *Clin. Infect. Dis.*, United States, v. 39, n. 11, p. 113-118. Dec. 2004.
- MELO, F. A. F.; AFIUNE, J. B. Tuberculose, uma doença ocupacional: infecção, adoecimento e proteção dos profissionais de saúde em serviços de atenção a tuberculose. *B. Pneumologia Sanit.*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 56-68, jan./jun. 1985.
- MELLO, D. A. et al. O fenômeno *booster* na avaliação da prova tuberculínica cutânea. *Pulmão*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 128-130, 2003.
- MUZZY DE SOUZA, G. R. et al. Tuberculin conversion among health care workers in a general hospital of Rio de Janeiro, Brazil. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, v. 2 (suppl.), p. 387, 1998.
- SEPKOWITZ, K. A. et al. Benefit of two-step PPD testing of new employees at a New York City hospital. *Am. J. Infectio Control.*, v. 25, n. 3, p. 283-286, 1997.

SILVA, V. J. R.; SANTOS, F. M. S. A.; KRITSKI, A. L. Prevalência de infecção *Mycobacterium tuberculosis* entre alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *J. Pneumologia*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 77-82, 2001.

SOARES, L. M. F.; KRITSKI, A. Prevalência da prova tuberculínica positiva entre alunos da Faculdade de Medicina de Campos (RJ). *J. bras. Pneumologia*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 440-447, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Concenso brasileiro de tuberculose

- diretrizes brasileiras para tuberculose. *J. bras. Pneumologia*, São Paulo, v. 30, Suplemento 1, jun. 2004.

THOMPSON, N. J. et al. The booster phenomenon in serial tuberculin testing. *Am. Rev. Resp. Dis.*, United States, v. 119, n. 4, p. 587-597, 1979.

ZEICHNER, L. O. F. et al. Tuberculosis en trabajadores de la salud: importancia de los programas de vigilancia y control. *Salud Pub. Mex.*, v. 42, n. 1, p. 48-52. enero/feb. 2000.

Agradecimento aos consultores ad hoc desta edição

Alice Itani – Senac, São Paulo
Álvaro Cesar Ruas – Fundacentro, Campinas
Álvaro Roberto Crespo Merlo – UFRGS, Rio Grande do Sul
Ana Maria Tibiriça Bom – Fundacentro, São Paulo
Antonia Oliveira Silva – UFPB, Paraíba
Aparecida Mari Iguti – Unicamp, Campinas
Claudia Osório – UFF, Rio de Janeiro
Claudia Roberta de Castro Moreno – USP, São Paulo
Eduardo Mello De Capitani – Unicamp, Campinas
Ellen Fensterseifer Woortman – UnB, Brasília
Esther Maria Oliveira Archer de Camargo Andrade – Unifesp, São Paulo
Everardo Andrade da Costa – Unicamp, Campinas
Fausto Leopoldo Mascia – USP, São Paulo
Fernando Augusto Fiuza de Melo – ICF, São Paulo
Fernando Mazzilli Louzada – UFPR, Paraná
Francisco de Paula Antunes Lima – UFMG, Minas Gerais
Frida Marina Fisher – USP, São Paulo
Ildeberto Muniz de Almeida – Unesp, Botucatu
José Damásio de Aquino – Fundacentro, São Paulo
Liliana Andolpho Magalhães Guimarães – UCDB, Mato Grosso
Lis Andréa Soboll – UFPR, Paraná
Luiz Henrique Borges – EMESCAM, Espírito Santo
Luíza Maria Nunes Cardoso – Fundacentro, São Paulo
Maria da Graça Correa Jacques – UFRGS, Rio Grande do Sul
Maria de Fátima Ferreira Queiroz – Unifesp, São Paulo
Maria Elizabeth Antunes Lima – UFMG, Minas Gerais
Maria Helena Palucci Marziale – USP, Ribeirão Preto
Maria Regina Alves Cardoso – USP, São Paulo
Paulo Antonio Barros Oliveira – UFRGS, Rio Grande do Sul
Regina Heloisa Maciel – UECE, Ceará
Rita Fernandes – UFBA, Bahia
Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela – Unimep, Piracicaba
Rogério Galvão da Silva – Fundacentro, São Paulo
Rose Mary Juliano Longo – FAAC, São Paulo
Selma Lancman – USP, São Paulo
Thais Helena de Carvalho Barreira – Fundacentro, São Paulo

Instruções aos autores

As opiniões emitidas pelos autores são de sua inteira responsabilidade.

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento de princípios éticos e ao atendimento das legislações pertinentes a esse tipo de pesquisa no país em que foi realizada.

É de responsabilidade do(s) autor(es) promover(em) as devidas revisões gramaticais no texto encaminhado bem como se preocupar com a obtenção de autorização de direitos autorais com relação ao uso de imagens, figuras, tabelas, métodos etc. junto a outros autores ou editores, quando for o caso.

Modalidades de contribuições

Artigo: contribuição destinada a divulgar resultados de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo tabelas, figuras e referências).

Revisão: avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto; deve-se citar o objetivo da revisão, especificar (em métodos) os critérios de busca na literatura e o universo pesquisado, discutir sobre os resultados obtidos e sugerir estudos no sentido de preencher lacunas do conhecimento atual (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo tabelas, figuras e referências).

Comunicação breve: relato de resultados parciais ou preliminares de pesquisas ou divulgação de resultados de estudo de pequena complexidade (até 15.000 caracteres, incluindo espaços excluindo tabelas, figuras e referências).

Ensaio: parecer pessoal ou de um grupo sobre tópico específico (até 56.000 caracteres, incluindo espaços e excluindo tabelas, figuras e referências).

Resenha: análise crítica sobre livro publicado nos últimos dois anos (até 11.200 caracteres, incluindo espaços).

Carta: texto que visa a discutir artigo recente publicado na revista (até 5.600 caracteres, incluindo espaços).

Processo de julgamento das contribuições

Os trabalhos submetidos em acordo com as normas de publicação e com a política editorial da RBSO serão avaliados pelo Editor Científico que considerará o mérito da contribuição. Não atendendo, o trabalho será recusado. Atendendo, será encaminhado a consultores ad hoc.

Cada trabalho será avaliado por, ao menos, dois consultores de reconhecida competência na temática abordada.

Com base nos pareceres emitidos pelos consultores, o Editor Científico decidirá quanto à aceitação do trabalho, indicando, quando necessário, que os autores efetuem alterações no mesmo, o que será imprescindível para a sua aprovação. Nestes casos, o não cumprimento dos prazos estabelecidos para as alterações poderá implicar na recusa do trabalho.

A recusa de um trabalho pode ocorrer em qualquer momento do processo, a critério do Editor Científico, quando será emitida justificativa ao autor.

O processo de avaliação se dará com base no anonimato entre as partes (consultor-autor).

A secretaria da revista não se obriga a devolver os originais dos trabalhos que não forem publicados.

Preparo dos trabalhos

Serão aceitas contribuições originais em português ou espanhol.

O texto deverá ser elaborado empregando fonte *Times New Roman*, tamanho 12, em folha de papel branco, com margens laterais de 3 cm e espaço simples e devem conter:

Página de rosto

a) Título na língua principal (português ou espanhol) e em inglês.

b) Nome e sobrenome de cada autor.

c) Instituição a que cada autor está filiado.

d) Nome, endereço, telefone e endereço eletrônico do autor de contato, para troca de correspondência com a secretaria/editoria da RBSO.

e) Nome de um dos autores, com respectivo endereço postal e endereço eletrônico, para publicação no artigo como forma de contato com os autores.

f) Se o trabalho foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se o trabalho foi baseado em tese, indicar título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se o trabalho foi apresentado em reunião científica, indicar nome do evento, local e data da realização.

i) Local e data do envio do artigo.

Corpo do texto

a) Título na língua principal (português ou espanhol) e em inglês.

b) Resumo: Os manuscritos para as seções artigos, revisões e ensaios devem ter resumo na língua principal (português ou espanhol) e em inglês, com um máximo de 1400 caracteres cada, incluindo espaços.

c) Palavras-chaves/descriptores: Mínimo de três e máximo de cinco, apresentados na língua principal (português ou espanhol) e em inglês. Sugere-se aos autores que utilizem os descritores definidos na base Lilacs: <http://decs.bvs.br>.

d) O desenvolvimento do texto deve atender às formas convencionais de redação de artigos científicos.

e) Citações: A revista se baseia na norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 10520, versão de 2002. As citações ao longo do texto devem trazer o sobrenome do autor e ano da publicação, como em Souza (1998) ou (SOUZA, 1998). No caso de citações com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro autor deverá aparecer, como em Silva et al. (2000) ou (SILVA et al., 2000). Em se tratando de citação literal, o autor deverá indicar o(s) número(s) da(s) página(s) de onde o texto citado foi extraído, de forma abreviada e entre parênteses, como em: conforme Ali (2001): "Grande número dessas dermatoses não chegam às estatísticas e sequer são atendidas no próprio ambulatório da empresa." (p.17).

f) A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do trabalho. As citações deverão ser listadas nas referências bibliográficas ao final do artigo, que devem ser em ordem alfabética e organizadas com base na norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 6023, versão de 2002. Os exemplos apresentados a seguir têm um caráter apenas de orientação e foram elaborados de acordo com essa norma:

Livro

WALDVOGEL, B. C. *Acidentes do trabalho: os casos fatais – a questão da identificação e da mensuração*. Belo Horizonte: Segrac, 2002.

Capítulo de livro

NORWOOD, S. Chemical cartridge respirators and gas masks. In: CRAIG, E. C.; BIRKNER, L. R.; BROSSEAU, L. *Respiratory protection: a manual and guideline*. 2nd ed. Ohio: American Industrial Hygiene Association, 1991. p. 40-60.

Artigos de periódicos

BAKER, L.; KRUEGER, A.B. Medical cost in workers compensation insurance. *J. Health Econ.*, n. 14, p. 531-549, 1995.

GURGEL, C. Reforma do estado e segurança pública. *Política e Administração*, v. 3, n. 2, p. 15-21, 1997.

Normas para publicação na Revista

Normas para publicação na Revista

Artigo e/ou matéria de revista, jornal etc.

NAVES, P. Lagos andinos dão banho de beleza. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 jun. 1989. *Folha Turismo*, Caderno 8, p. 13.

Tese, dissertação ou monografia

SILVA, E. P. *Condições de saúde ocupacional dos lixeiros de São Paulo*. 1973. 89f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1973.

Evento como um todo

SEMINÁRIO PROMOÇÃO DA SAÚDE AUDITIVA: ENFOQUE AMBIENTAL, 2., 2002, Paraná. *Anais...* Universidade Tuiuti do Paraná, 2002.

Resumo ou trabalho apresentado em congresso

FISCHER, R. M.; PIRES, J. T.; FEDATO, C. The strengthening of the participatory democracy. In: INTERNATIONAL CONFERENCE OF INTERNATIONAL SOCIETY FOR THIRD-SECTOR RESEARCH (ISTR), 6., 2004, Toronto. *Proceedings...* Toronto: Ryerson University, 2004. v. 1. p. 1.

Relatório

FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. *Relatório de Gestão 1995-2002*. São Paulo, 2003. 97p.

Relatório técnico

ARCURI, A. S. A.; NETO KULCSAR, F. Relatório Técnico da avaliação qualitativa dos laboratórios do Departamento de Morfologia do Instituto de Biociências da UNESP. São Paulo. Fundacentro. 1995. 11p., 9 anexos.

CD-ROM

SOUZA, J. C. de et al. Tendência genética do peso ao desmame de bezerras da raça nelore. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ZOOTECNIA, 35., 1998, Botucatu. *Anais...* Botucatu: UNESP, 1998. MEL-002. 1 CD-ROM.

MORFOLOGIA dos artrópodes. In: ENCICLOPÉDIA multimídia dos seres vivos. [S.l.]: Planeta DeAgostini, 1998. CD-ROM 9.

Fita de vídeo

CENAS da indústria de galvanoplastia. São Paulo: Fundacentro, 1997. 1 videocassete (20 min), VHS/NTSC., son., color.

Documento em meio eletrônico

BIRDS from Amapá: banco de dados. Disponível em: <http://www.bdt.org>. Acesso em: 28 nov. 1998.

ANDREOTTI, M. et al. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 abr. 2006.

Legislação

BRASIL. Lei nº 9.887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 dez. 1999.

Constituição Federal

BRASIL. Constituição (1988). Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 52 de 08 de março de 2006. Brasília, DF, Senado, 1988.

Decretos

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 48.822, de 20 de janeiro de 1988. *Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, São Paulo, v. 63, n. 3, p. 217-220, 1998.

g) Tabelas, quadros e figuras: devem ser apresentados um a um, em folhas separadas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citados no texto. A cada um deve ser atribuído um título sintético contextualizando os dados apresentados. Nas tabelas, o título deve ser posicionado acima do corpo principal. Nas fotos e ilustrações, o título deve ser posicionado abaixo do corpo principal. Nas tabelas não devem ser utilizadas linhas verticais. Fontes, notas e observações referentes ao conteúdo das tabelas, quadros e figuras devem ser apresentadas abaixo do corpo principal das mesmas. As figuras (gráficos, fotos, esquemas etc.) também deverão ser apresentadas, uma a uma, em arquivos separados, em formato de arquivo eletrônico para impressão de alta qualidade (não encaminhar em arquivo *Word*, extensão .doc). Os gráficos podem ser executados no *software Excell* (extensão .xls), enviados no arquivo original. Fotos e ilustrações devem apresentar alta resolução de imagem, não inferior a 300 dpi. As fotos devem apresentar extensão .jpg ou .eps ou .tiff. Ilustrações devem ser executadas no *software Coreldraw, versão 10 ou menor* (extensão .cdr) ou *Illustrator CS2* (extensão .ai), sendo enviadas no arquivo original. A publicação de fotos e ilustrações estará sujeita à avaliação da qualidade para publicação. As figuras não devem repetir os dados das tabelas. O número total de tabelas, quadros e figuras não deverá ultrapassar 5 (cinco) no seu conjunto.

h) Agradecimentos (opcional): Podem constar agradecimentos por contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, com assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados, entre outras, mas que não preenchem os requisitos para participar da autoria, desde que haja permissão expressa dos nominados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outro.

Envio dos trabalhos

Os trabalhos devem ser endereçados à secretaria da RBSO, em uma via impressa e uma via eletrônica, por e-mail (rbso@fundacentro.gov.br e rbsofundacentro@gmail.com), em formato Word (extensão doc).

Os trabalhos deverão vir acompanhados da declaração de responsabilidade e de cessão de direitos autorais, conforme modelo que se encontra no Portal da Fundacentro: <http://www.fundacentro.gov.br/rbso>

Endereço para envio

Fundacentro
RBSO
a/c Sra. Elena Riederer
Rua Capote Valente, 710 - Térreo
05409-002 • São Paulo – Capital
Brasil

Nota: eventuais esclarecimentos poderão ser feitos via e-mail (rbso@fundacentro.gov.br) e pelo telefone: (11) 3066.6099 ou por fax: (11) 3066.6060.



Rua Capote Valente, 710
São Paulo - SP
05409-002
tel.: 3066-6000

Gráfica - Rua Mauro, 552
São Paulo - SP
04055-041
tel.: 5594-7266

Centro Técnico Nacional (CTN)

Rua Capote Valente, 710
Cep: 05409-002 / São Paulo-SP
Telefone: (11) 3066.6000

Unidades Descentralizadas

Centro Regional da Bahia (CRBA)

Rua Alceu Amoroso Lima, 142 - Caminho das Árvores
Cep: 41820-770 / Salvador-BA
Telefone: (71) 3272.8850
Fax: (71) 3272.8877
E-mail: crba@fundacentro.gov.br

Centro Regional do Distrito Federal (CRDF)

Setor de Diversões Sul, 44 - Bloco A-J, 5º andar, salas 502 a 520 - Centro Comercial Boulevard Center
Cep: 70391-900 / Brasília-DF
Telefone: (61) 3535.7300
Fax: (61) 3223.0810
E-mail: crdf@fundacentro.gov.br

Centro Regional de Minas Gerais (CRMG)

Rua dos Guajajaras, 40 - 13º e 14º andares - Centro
Cep: 30180-100 / Belo Horizonte-MG
Telefone: (31) 3273.3766
Fax: (31) 3273.5313
E-mail: crmg@fundacentro.gov.br

Centro Regional de Pernambuco (CRPE)

Rua Djalma Farias, 126 - Torreão
Cep: 52030-190 / Recife-PE
Telefone: (81) 3241.3643
Fax: (81) 3241.3802
E-mail: crpe@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Espírito Santo (CEES)

Rua Cândido Ramos, 30 - Edifício Chamonix - Jardim da Penha
Cep: 29065-160 / Vitória-ES
Telefone: (27) 3315.0044
Fax: (27) 3315.0045
E-mail: cees@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Pará (CEPA)

Rua Bernal do Couto, 781 - Umarizal
Cep: 66055-080 / Belém-PA
Telefone: (91) 3222.1973
Fax: (91) 3222.2049
E-mail: cepa@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Paraná (CEPR)

Rua da Glória, 175 - 2º, 3º e 4º andares - Centro Cívico
Cep: 80030-060 / Curitiba-PR
Telefone: (41) 3313.5200
Fax: (41) 3313.5201
E-mail: cepr@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Rio de Janeiro (CERJ)

Rua Rodrigo Silva, 26 - 5º andar - Centro
Cep: 20011-902 / Rio de Janeiro-RJ
Telefone: (21) 2507.9041
Fax: (21) 2508.6833
E-mail: cerj@fundacentro.gov.br

Centro Estadual do Rio Grande do Sul (CERS)

Avenida Borges de Medeiros, 659 - 10º andar - Centro
Cep: 90020-023 / Porto Alegre-RS
Telefone/Fax: (51) 3225.6688
E-mail: cers@fundacentro.gov.br

Centro Estadual de Santa Catarina (CESC)

Rua Silva Jardim, 213 - Prainha
Cep: 88020-200 / Florianópolis-SC
Telefone: (48) 3212.0500
Fax: (48) 3212.0572
E-mail: cesc@fundacentro.gov.br

Escritório de Representação da Baixada Santista (ERBS)

Rua Dr. Carvalho de Mendonça, 238 - conj. 22 - Vila Belmiro
Cep: 11070-101 / Santos-SP
Telefone: (13) 3223.2815
Fax: (13) 3223.7389
E-mail: erbs@fundacentro.gov.br

Escritório de Representação de Campinas (ERCA)

Área administrativa:
Rua Delfino Cintra, 1050 - Botafogo
Cep: 13020-100 / Campinas-SP
Telefone/Fax: (19) 3232.5269
Área técnica:
Rua Marcelino Vélez, 43 - Botafogo
Cep: 13020-100 / Campinas-SP
Telefone: (19) 3232.5879 / 3234.2006
Fax: (19) 3232.5269
E-mail: ercam@fundacentro.gov.br

Escritório de Representação do Mato Grosso do Sul (ERMS)

Rua Geraldo Vasques, 66 - Vila Costa Lima
Cep: 79003-023 / Campo Grande-MS
Telefone: (67) 3321.1103
Fax: (67) 3321.2486
E-mail: erms@fundacentro.gov.br

