

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL**

CARLA GARCIA BOTTEGA

CLÍNICA DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
Linha de Cuidado em saúde mental do trabalhador e da trabalhadora

**Porto Alegre
2015**

CARLA GARCIA BOTTEGA

CLÍNICA DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:

Linha de Cuidado em saúde mental do trabalhador e da trabalhadora

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Psicologia Social e Institucional ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo

Porto Alegre

2015

Bottega, Carla Garcia.

Clínica do trabalho no sistema único de saúde: linha de cuidado em saúde mental do trabalhador e da trabalhadora / Carla Garcia Bottega. Porto Alegre, 2015.
214 f.: il. color.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Psicologia Social, Porto Alegre, 2015.

Prof. Álvaro Roberto Crespo Merlo.

1. Saúde do trabalhador. 2. Saúde mental e trabalho. 3. Clínica do trabalho. 4. Sistema Único de Saúde (SUS). 5. Linha de cuidado em saúde mental e trabalho. I. Título. II. Merlo, Álvaro Roberto Crespo. III. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

CARLA GARCIA BOTTEGA

CLÍNICA DO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:

Linha de Cuidado em saúde mental do trabalhador e da trabalhadora

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Psicologia Social e Institucional ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Roberto Heloani – UNICAMP

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda – UFRGS/ PPGCOL

Prof^a. Dr^a. Jaqueline TITTONI – UFRGS/PPGPSI

Prof. Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo - UFRGS

Dedicatória endereçada

Estou chegando ao final das entrevistas, não que tenha finalizado, mas diversas situações me fazem parar por aqui. Fiz 24 entrevistas, ouvi o sofrimento de trabalhadores e trabalhadoras, seus choros, suas desesperanças, suas vidas muitas vezes dilaceradas pelo trabalho. Os pensamentos de como tirar a própria vida foram contados em detalhes, que lembro como se ainda fosse hoje. Muitas vezes quis chorar junto, mas segurei a mão de quem chorava e entreguei um lenço, era o que podia ser feito no momento. Queria na verdade, dizer para as pessoas que tudo ia passar que iriam melhorar, mas mentira, eu não tinha como saber. Eu tentava buscar em mim palavras de conforto, até mesmo rir quando era possível, para fazer a pessoa sair daquele escuro profundo... Eu queria acreditar que muitas das coisas que escutei não eram verdades, os maus tratos, as palavras ríspidas recebidas, os xingamentos, os insultos. Mas era verdade sim, as pessoas me disseram com todo o sentimento que se pode ter. Foram humilhadas sozinhas, na frente dos colegas, foram isoladas, foram atiradas a situações que não podiam suportar. Chegaram muitas vezes ao limite físico e psíquico.

Muitas provavelmente não poderão voltar a trabalhar como antes, ou como gostariam, outras parecem agora fantasmas de si mesmas, mas ainda desejam melhorar e algumas voltar ao lugar que as adoeceu. O que pode parecer mentira! Mas precisam provar para si mesmas que são capazes.

Pensei várias vezes que não há limites para a maldade.

Pensei também que o que fiz foi algo paliativo no meio de um "circo de horrores", mas para continuar é preciso resignificar e acredito que algo pode ser feito, ou que pelo menos ter escutado estes poucos pode vir a fazer diferença para estes e outros.

Quero mesmo é agradecer aos que mesmo sem ter nunca me visto ou conhecido se dispuseram a falar em detalhes sobre suas vidas, seu sofrimento, adoecimento e tristeza profundos. Apenas queriam falar e entender, e falar novamente e até chegar à exaustão sentirem que não eram os culpados por sua situação.

Olhos parados, palavras que saíam lentamente como se fossem simplesmente histórias, mas que na verdade estavam sendo recontadas e revividas a cada momento.

Lembro-me de todos os rostos, dos agradecimentos sinceros ao final e muitas vezes o pedido de uma continuidade "daquela conversa". A verbalização de quererem ver este trabalho publicado e quem sabe terem podido ajudar a outros para que não sofressem tanto...

Só tenho a agradecer e guardar o que vivi com cada um e cada uma que tive a possibilidade de conhecer. Este é um trabalho com dedicatória, sem nomes, mas com lembranças.

*Para Tatiana Ramminger
que partiu antes da hora, mas deixou
suas marcas na luta pela saúde mental e
saúde do trabalhador.*

AGRADECIMENTOS

O final de uma tese, de um percurso como este é um momento de celebração e de agradecimento. Celebração pela finalização de um tempo que por mais que possa tentar ser contado não dá conta de tudo que aconteceu e agradecimento porque agradecer é necessário e preciso em meio a tantas dificuldades e tanta falta de reconhecimento que temos vivido no mundo do trabalho.

Por isso, os agradecimentos aqui são transformados em reconhecimento e gratidão pela parceria, auxílio, escuta e afeto que recebi das pessoas que fazem parte da minha vida. Apesar de a tese ser escrita na primeira pessoa, esta é uma produção coletiva, de muitos e muitas que mesmo que não sejam nominados fazem parte da construção de ser mulher – docente – clínica - psicóloga – pesquisadora.

Inicialmente agradeço mais uma vez aos trabalhadores e trabalhadoras que conviveram comigo para a execução deste trabalho, e mesmo que rapidamente, neste tempo relógio, ficaram e ficarão registrados.

Agradeço à minha família, principalmente à minha mãe, meus sobrinhos, meu irmão Cado e minha irmã-amiga Rô que sempre estão presentes, vibram com minhas conquistas e me apoiam.

Às integrantes do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho da UFRGS que atualmente ou anteriormente, fizeram das discussões potência de vida e possibilidade de mudança, mesmo no árduo percurso de discussão de sofrimento, dor e morte no trabalho. Especialmente à Tatiana Baierle, das antigas; Thiele Muller Castro que com sua amizade, paciência e fortaleza é uma parceira de muitas lutas; Ana Luisa Poersch que mesmo tendo chegado recentemente foi “porto seguro” quando eu mais precisava; e mais especialmente ainda à Karine Vanessa Perez que sempre tem uma palavra amiga, uma solução tranquila, experiência e sabedoria para compartilhar em muitas situações de trabalho e de vida, solidariamente.

Ao Coordenador e Orientador do grupo, Álvaro Merlo.

À Maura Belomé e Lilian Bittencourt que acompanharam todo o processo.

Ao grupo virtual de Psicodinâmica do Trabalho (de todo o Brasil), especialmente Lilian Deisy Ghizoni.

Aos amigos e amigas que sempre estão presentes no meu cotidiano ou na minha feliz memória de momentos vividos e que muitas vezes reclamam minha ausência pelo excesso de trabalho. De Porto Alegre, de outras cidades, estados e fora do país.

Aos professores e professoras, colegas das instituições onde estive e atualmente estou trabalhando, especialmente Vania Mello.

Aos alunos e alunas com quem tive a oportunidade de compartilhar e construir dentro e fora do espaço acadêmico.

Às “rizos”, diamantes, brilhantes, docentes, amigas que têm feito do meu percurso nos últimos anos momentos de constante celebração da vida e da construção solidária de conhecimento.

À Gislei Lazzaroto por sua presença, sabedoria, amizade, demonstração de força e ternura.

Aos que me auxiliaram de diversas formas, Eric Seger, Élen Jiovana Oliveira da Rocha, Mariana Kliemann Marchioro, Cristiane Veeck e Karen Aline Perez.

Às agentes administrativas do Centro de Pesquisa Clínica do HCPA, Andrea Ramos Rambo e Tania Alves Braga.

Aos colegas do HCPA Fábio, Márcia, Desireé e Ana, e aos residentes que estiveram no Ambulatório durante este período.

Ao Augusto Frank Bier – BIER que com suas ilustrações e humor refinado construiu a nossa cartilha.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e todos os seus trabalhadores.

RESUMO

A saúde do trabalhador e especificamente a saúde mental relacionada ao trabalho são a base de discussão dessa tese. Seu objetivo foi o de construir propostas para uma clínica em saúde mental e trabalho para os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e, para tanto foi organizado roteiro de entrevista e utilizado o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), de forma complementar. Foram realizadas entrevistas com 24 trabalhadores e trabalhadoras atendidos no Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ADT/HCPA). Além disso, buscou-se identificar o adoecimento em saúde mental relacionado ao trabalho na atualidade; compreender como as formas de gestão influenciam o adoecimento nos ambientes de trabalho na atualidade e propor outras possibilidades para a atenção à saúde mental dos trabalhadores e das trabalhadoras atendidos no SUS. A utilização da Clínica Psicodinâmica do Trabalho permitiu a compreensão da situação de sofrimento/adoecimento psíquico relacionado ao trabalho, destacando-se na maioria dos casos, a violência psicológica sofrida no ambiente laboral como desencadeante para o atual adoecimento. Apenas 10 desses trabalhadores entrevistados são acompanhados por profissional de saúde mental, nem sempre com periodicidade, apenas 01 em serviço do SUS, mas 20 fazem uso de medicação psiquiátrica. Com o relato das histórias vividas no trabalho e de seu adoecimento, os trabalhadores e as trabalhadoras solicitavam escuta ao seu sofrimento e a possibilidade de atendimento por profissionais que pudessem compreender o que haviam sofrido ou estavam vivendo no momento. Nesse sentido, pensar a Clínica do Trabalho no SUS, mobiliza não apenas a elaboração do sofrimento/adoecimento dos trabalhadores, mas colabora no avanço da implantação do que está preconizado na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, o que significa lançar um olhar para a rede de saúde e os serviços que potencialmente podem realizar atendimento em saúde mental e trabalho, entendendo os processos de modulações, metamorfoses e transformações que tem ocorrido na organização do trabalho, e consequentemente nas relações de trabalho desenvolvidas. A construção de uma Linha de Cuidado (LC) em Saúde Mental do Trabalhador pode ser então a expressão da Clínica do Trabalho no SUS e deve estar inserida na rede de saúde já existente desde que sejam construídas possibilidades para essa inserção. Entende-se que a LC deve estar na discussão da implantação da política pública nacional como uma possibilidade de atendimento para os trabalhadores e as trabalhadoras.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Saúde mental e trabalho. Clínica do trabalho. Sistema único de Saúde (SUS). Linha de cuidado em saúde mental e trabalho.

ABSTRACT

Workers health, and more specifically, mental health related to work, is the basis of the discussion of this thesis. The main goal was to set up proposals for a workers mental health clinic within the Sistema Unico de Saude (SUS), that is, the Brazilian Universal Health Care System. For that, an interview guide was organized and the *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) was used as a complement. Interviews were performed with 24 workers, male and female, that were receiving care at the Hospital de Clinicas of Porto Alegre, Brazil, at the Workers Disease Unit. Moreover, it was intended to identify mental health illness as related to work in today's world; to understand how management influence ailment in the work place today, and to propose different ways of attending to the workers mental health who receive treatment in the SUS. The use of the Psychodynamic Workers Clinic allowed for a better understanding of the psychological suffering/illness related to work, and, for the majority of the cases, it was highlighted the psychological violence experienced in the work premises as what was the beginning of the current illness. Only 10 of these interviewed workers receive mental health care, though not always periodically, only 01 within SUS services, but 20 use psychiatric medications. With the life portrayals of the work related stories and their ailment, workers requested their sorrows be heard and the possibility of getting treated by professionals that could understand what they had gone through or were going through at the moment. In this sense, to think of a Workers Clinic in the SUS system, mobilizes not only the formulation of the suffering/ailment of the workers, but also helps in the advancement of the implementation of recommendations in the National Policies of Workers Health, which means taking a look at the health services that can potentially provide mental health and care to workers, understanding the processes of modulation, metamorphosis and transformations that have been taking place in the work place, and consequently understanding the work relations developed thereafter. The elaboration of a Line of Care (LC) for the Workers Mental Health can be the expression of the Workers Clinic at SUS and needs to be inserted in the health system already existing as long as possibilities for this insertion are constructed. It is understood that the LC needs to be in the discussion in the implementation of the national public policies as a possibility of treatment for the workers.

Key words: Workers health. Mental health and work. Workers clinic. SUS. Chain of care in the health system.

RÉSUMÉ

La santé des travailleurs et la santé mentale spécifiquement liés au travail sont la base pour la discussion de cette thèse. Son objectif était de construire des propositions pour une clinique de santé mentale et travail pour les services du Sistema Único de Saúde (SUS) et à cette fin a été utilisé, de manière complémentaire, le *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) . Les entrevues ont été menées auprès de 24 travailleurs masculins et féminins, soignés aux Service de Maladies du travail de l'Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ADT / HCPA). En outre, nous avons cherché à identifier la maladie en santé mentale liés au travail aujourd'hui; comprendre comment les formes de gestion influencent la maladie en milieu de travail et proposent d'autres possibilités pour le soin à la santé mentale des travailleurs et travailleuses du SUS. L'utilisation de la Psychodynamique du Travail a permis la compréhension de la situation de souffrance / maladie mentale liés au travail, en soulignant dans la plupart des cas, la violence psychologique subi dans l'environnement de travail comme un déclencheur pour la maladie actuelle. Seulement 10 de ces travailleurs interrogés sont accompagnés par des professionnels de la santé mentale, pas toujours avec la fréquence nécessaire, seulement 01 dans le service du SUS, mais 20 font l'usage de médicaments psychiatriques. Avec les histoires racontées de leur travail et maladie, les travailleurs et les travailleuses ont demandé l'écoute de leur souffrance et le soin par des professionnels qui pouvaient comprendre ce qu'ils ont vécu à l'époque. En ce sens, penser la Clinique du Travail dans le SUS, non seulement mobilisé le développement de la souffrance / maladie des travailleurs, mais collabore à l'avancement de la mise en œuvre de ce qui est recommandé dans la Politique Nationale de Santé de travailleurs et Travailleuses, ce qui signifie jeter un coup d'oeil le réseau de la santé et les services qui peuvent potentiellement rendre les soins de santé mentale et travail, la compréhension du processus de modulation, de métamorphoses et de transformations qui ont eu lieu dans l'organisation du travail, et par conséquent dans les relations de travail. La construction d'une Ligne de Soins (LC) en Santé Mentale du Travailleur peut alors être l'expression de la Clinique du travail dans le SUS et doit être insérée dans le système de santé existant, à condition d'avoir été construits possibilités pour cette insertion. Il est entendu que le LC devrait être dans la discussion de la mise en œuvre de la politique publique nationale comme une possibilité de soins aux travailleurs et travailleuses.

Mots-clés: Santé du travailleur. Santé mentale et travail. Clinique du travail. Sistema Único de Saúde (SUS). Ligne de soins en santé mentale et travail.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Charge	26
Figura 2 - Linha de cuidado na rede de assistência integral	161

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Respostas dos 24 entrevistados ao SRQ-20	86
Gráfico 2 - <i>Score</i> de respostas positivas ao SRQ-20	86
Gráfico 3 - Respostas referentes ao grupo de “Decréscimo de Energia Vital”	87
Gráfico 4 - Respostas relativas à pergunta 13.....	90
Gráfico 5 - Respostas relativas à pergunta 17.....	98
Gráfico 6 - Respostas relativas à pergunta 16.....	98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Participação e propostas principais das Conferências Nacionais em Saúde do Trabalhador no Brasil.....	63
Quadro 2 - Análise das práticas relacionadas ao adoecimento mental e trabalho nos CERESTs	66
Quadro 3 - Itens do <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20) por quatro grupos de sintomas	78
Quadro 4 - Demonstrativo dos trabalhadores/trabalhadoras entrevistados	84
Quadro 5 - Demonstrativo dos entrevistados com respostas positivas do SRQ-20	85
Quadro 6 - Relação dos objetivos da pesquisa com os comentários verbais / apontamentos dos trabalhadores.....	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADT/HCPA	Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CAPS Ad	Centro de Atendimento Psicossocial em Álcool e Drogas
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CGSAT	Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador
CI	Comunicação Interna
CID	Código Internacional de Doenças
CLT	Consolidação da Legislação do Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LC	Linha de Cuidado
LER/DORT	Lesões por Esforço Repetitivo / Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
LPdT/UFRGS	Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
LS	Licença Saúde
MPS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego

OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONU	Organização das Nações Unidas
PNSST	Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAST	Rede Nacional de Saúde do Trabalhador
RH	Recursos Humanos
SASE	Serviço de Atendimento Sócio Educativo
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMO	Serviço de Medicina Ocupacional
SPC	Serviço de Proteção ao Crédito
SRQ-20	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 O PROBLEMA DE PESQUISA	21
1.2 OBJETIVO GERAL	25
1.2.1 Objetivos Específicos	26
2 INTRODUÇÃO	27
3 BASE TEÓRICA	33
3.1 UMA BREVE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA RELAÇÃO SAÚDE MENTAL E TRABALHO.....	33
3.1.1 Psicopatologia e Psicodinâmica do Trabalho	41
3.2 UM PANORAMA DO TRABALHO.....	44
3.2.1 Atuais Modelos de Gestão e sua Repercussão para os Trabalhadores	45
3.2.2 A Clínica do Trabalho	52
3.2.2.1 As Patologias Sociais e da Solidão	56
3.3 POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA	62
4 METODOLOGIA	69
4.1 A PESQUISA EM CLÍNICA DO TRABALHO.....	70
4.2 PERCURSO NESTA PESQUISA.....	72
4.2.1 Primeira Parada Avaliativa	73
4.3 A METODOLOGIA DESTA PESQUISA	74
4.3.1 As Entrevistas – Um Roteiro Para Ser Utilizado Sem Ser Fechado	76
4.3.2 O Uso do SRQ-20 – Complementaridade	78
4.4 DESCRIÇÃO DO CAMPO	79
4.5 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS.....	81
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	82
5.1 QUEM SÃO OS/AS TRABALHADORES/AS.....	82

5.1.1 Quadro Demonstrativo das Entrevistas	83
5.1.2 Levantamento do SRQ- 20.....	85
5.1.3 Levantamento das Entrevistas.....	87
5.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	89
5.2.1 Adoecimento	89
5.2.1.1 Tentativas de suicídio.....	94
5.2.1.2 Ideação suicida	97
5.2.2 Gestão.....	101
5.2.2.1 Assédio moral	109
5.2.2.2 Violência psicológica	119
5.2.2.3 Assédio de colegas - Permissão - Participação da chefia.....	124
5.2.2.4 Espaço de Reunião (ou ausência de).....	125
5.2.3 Relação com o Trabalho – Dedicção	127
5.2.3.1 Enfrentamento.....	130
5.2.4 Escuta – Atendimento.....	133
5.2.4.1 Medicamento – Diagnóstico	140
5.2.4.2 Entendimento	142
5.2.4.3 Apoio da família	144
5.2.4.4 Sindicato – Justiça	146
5.2.4.5 INSS.....	149
5.2.5 Possibilidade de Tratamento – Sugestões.....	151
5.2.5.1 SUS	152
5.2.5.2 Sobre a pesquisa, escuta, atendimento.....	153
5.3 LINHA DE CUIDADO (LC) EM SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA.....	154
5.3.1 A Escuta e a Clínica do Trabalho no SUS	162
5.3.1.1 Construção da LC com os profissionais da saúde.....	171
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	174
REFERÊNCIAS	182

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	193
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA	194
APÊNDICE C - CARTILHA DE ENTENDIMENTO	196
ANEXO A - <i>SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE</i> (SRQ 20).....	209
ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	210
ANEXO C - APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA	213

APRESENTAÇÃO¹

E acho que esse trabalho teu esse de pesquisa, e outras que vão surgir por aí, que eu acredito que vá, porque tem muita gente preocupada com o ser humano, eu acredito que vá se chegar sem precisar colocar a parte negra da coisa, não precisa se dizer que o fulano se matou por causa disso, vamos ajudar os trabalhadores a não ter que chegar até isso, tu entendeu?

Não precisa expor as pessoas, as situações, as famílias, mas tu pode sim, nem a empresa, mas tu pode sim trabalhar para que aquilo que aconteceu, que teve a ver também com o trabalho, não venha, que esse profissional que se separou que não soube lidar, que perdeu um familiar que não soube lidar, ele ache um prazer, eu não vou dizer que substitua, mas que compense, aonde?, no trabalho, porquê?

No trabalho ele tem paz, ele tem harmonia, ele gosta, tem dias tumultuado, mas ele sabe que tem alguém que vai olhar pra ele, ele sabe que vai ter alguém que ele vai chegar e vai dizer “poxa vida, minha filha, tô mal, a minha filha se envolveu com droga”, não, mas pera aí vamos ver o que a gente pode fazer, vamos tentar levar em tal lugar, tu tá entendendo?

Tu acha que uma pessoa dessa não pensaria duas vezes em acabar com a vida? Do que ele chegar no trabalho e dizer “tu passou do teu horário”, uma pessoa que muitas vez tá lutando pra chegar no trabalho, se atrasou, mas tá lutando pra chegar, pra mim botar a mão no gatilho é muito rápido, tu entendeu?

Então, o trabalho faz parte de todo o ser humano que precisa se manter e manter alguém, o trabalho é uma parte, metade, metade, uma parte social, da família fora do... pra mim é o mesmo peso e se tu sofre perseguição, se tu vê coisa errada e não vê mudar e só vê cobrar e só vê exigir e porque tu tem que fazer, porque tu tem que fazer, cara, isso adocece a cabeça de qualquer um, porquê?

Porque tu sai daqui e tu também tem que fazer, fazer e fazer, tu tem filho, tu tem marido, tu tem pai, tu tem casa, tu tem que fazer, e fazer, e fazer, tu entendeu?

Então, assim, tu vive sob pressão o tempo todo, é que nem se diz, se dorme, mas não se relaxa, a tua cabeça tá sempre em funcionamento e no serviço o que e acaba acontecendo, as pessoas tão se dando o direito de faltar, de ter manhãs de faltar cinco colaboradores e quem tá tem que trabalhar e executar a tarefa com a mesma qualidade.

E fora isso a gente não é só trabalho. Outra coisa que tentam inculir na cabeça da gente e desde que eu me conheço por gente: problema tu deixa do lado de fora, problema quando tu sair tu deixa aqui dentro, isso é assim ó... é uma coisa que me revolta muito ouvir de... de uma chefia de que se eu não estou bem eu tenho que deixar do lado de fora, como se isso fosse possível e uma vez eu cheguei a comentar com ela se...se... o problema é meu então a intensidade dele quem sabe sou eu, não adianta nem tu querer avaliar, até então eu te respeito.

¹ Falas de trabalhadoras entrevistadas.

APRESENTAÇÃO ²

Eu poderia iniciar este relato, e início, dizendo simplesmente: as pessoas querem, necessitam ser escutadas. Simples assim? Sim e não. Porque parafraseando Arnaldo Antunes³, a gente não quer só comida, a gente quer comida, diversão e arte, e também trabalho. Ao escutar trabalhadores neste percurso de pesquisa pude verificar o quanto os trabalhadores e as trabalhadoras que se dispuseram a contar suas histórias têm necessidades das mais diversas possíveis. Mas, e principalmente, querem trabalhar. Foi possível vivenciar com cada um e cada uma que algo lhes foi tirado e isso que lhes foi tirado tem a ver com o seu trabalho e sua identidade. Muitos não estão mais trabalhando, outros estão trabalhando doentes e outros ainda não vêem a hora e o momento de retornarem às suas atividades. Mas nem todos conseguirão isso no tempo que esperavam. Estão doentes, afastados daquilo que tem dado sentido para a sua vida, na maioria das vezes. Alguns apesar do sofrimento ainda querem voltar para o mesmo local que trabalhavam anteriormente. Por sua vez, parte deste grupo de homens e mulheres ainda traçam planos, mesmo que titubeantes daquilo que realmente possa acontecer. Uns poucos ainda se questionam sobre o que aconteceu se sentem culpados, frágeis e inseguros por sua condição de adoecimento.

Olhares parados, palavras desconexas, confusão mental, choro fácil, são aspectos que se repetiram em diversos momentos dos encontros, ou entrevistas, se assim quisermos chamar. Encontros porque aos serem chamados se dispuseram a encontrar o desconhecido, de uma pesquisadora que buscava conhecer realidades de muitos, apesar de saber que tantos vivem situações semelhantes. Mas a expectativa da pesquisadora era a de encontrar respostas para suas indagações, algumas respondidas, outras nem tanto.

Por isso o “sim” e o “não” do início desta apresentação, porque apesar de aparentemente parecer simples, é extremamente complexo. Porque aqui falaremos das dificuldades e das impotências do trabalho em saúde, mas obviamente

² Feita pela pesquisadora.

³ Música: Comida, Letra: Arnaldo Antunes, Composição: Arnaldo Antunes/Marcelo Fromer/Sérgio Britto

apostando na potência que um processo de pesquisa, e porque não dizer intervenção, pode carregar.

Mas o que mesmo mostra este percurso? Traz marcas de histórias contadas de forma muito intensa, que fizeram muitas vezes com que essa pesquisadora se questionasse sobre o seu próprio trabalho e sobre a “humanidade”, ou melhor, a descaracterização da humanidade. Situações de violência e assédios tão fortes que pareciam irreais. Mas não, situações que foram vividas por cada um e cada uma que fizeram com que estivessem ali junto comigo numa sala como depoentes de ocorrências em suas vidas. Muitas vezes sem testemunha, mas com o testemunho do adoecimento, de marcas no corpo e na psiquê.

Este relato traz um pouco de tudo isso. Mas também busca apresentar reflexões junto com outros (autores) que possam elucidar as situações e auxiliar no caminho de percursos possíveis de serem construídos no atendimento em saúde para estes que trabalham no cotidiano da cidade, do estado, do país. Pegam ônibus, carregam suas “quentinhas”, estudam, cuidam de filhos, netos, animais e têm uma profissão. Trabalham em escola, empresa, indústria, escritório, hospital, clínica, loja e tantos outros locais. E se não trabalham hoje, já trabalharam um dia, ou melhor, muitos dias. E estão à espera de alguém que os escute, que diga que não estão sozinhos, que podem melhorar e resgatar o que importa em suas vidas.

1 O PROBLEMA DE PESQUISA

Neste texto, busco descrever como a proposta para a tese foi sendo construída, e como esta construção foi se tornando objeto para meu pensamento, assim como se constitui em um problema de pesquisa no campo do trabalho. A partir de situações de trabalhadores que foram compartilhadas, por vivências, leituras ou sentimentos, traço um percurso social que enuncia acontecimentos que, por sua vez, se entrelaçam no percurso de uma pesquisadora que tenta através da escrita traduzir um problema.

Minha proposta é realizar uma discussão sobre as transformações ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas e seus efeitos na saúde dos trabalhadores. Busco construir como podemos trabalhar com os desafios de adoecimento na atualidade, e como a Clínica da Psicodinâmica do Trabalho tem permitido fazer uma leitura deste momento, bem como a proposta de possibilidades a partir da transformação da organização do trabalho pelos trabalhadores.

Traço uma linha de pensamento sobre o trabalho na atualidade, que possa apresentar toda a sua potência para homens e mulheres, ao mesmo tempo em que nos traz o real do que vem acontecendo em termos de sofrimento e adoecimento. Poder pensar a Clínica do Trabalho como uma dimensão que possibilita uma análise e uma prática de intervenção neste mundo, com os limites e possibilidades que toda prática tem, e que por isso mesmo, é necessária que seja colocada em análise.

Com o advento de notícias relativas a tentativas e atos de suicídios de trabalhadores franceses (inicialmente nos anos de 2007 e 2009), as discussões no Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho (LPdT/UFRGS) começaram a se voltar para estes acontecimentos e suas repercussões na mídia. Semanalmente recebíamos uma série de notícias de colegas pesquisadores e interessados na saúde dos trabalhadores, o que levou o Coordenador/Orientador a montar um dossiê (MERLO, 2009) com as notícias publicadas em jornais e sites internacionais, relativas ao que vinha acontecendo.

Na mesma época, Christophe Dejours (DEJOURS; BÈGUE, 2010), que vinha sendo chamado como consultor por algumas organizações em que a “epidemia de suicídios” vinha acontecendo, lança o livro: “Suicídio e Trabalho: o que fazer?” Nesta

publicação, ele nos provoca a pensar sobre como estão se desenvolvendo as relações de trabalho na atualidade a ponto de levar um trabalhador ao suicídio.

Há alguns anos este pesquisador francês, criador da Metodologia de Pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho vem se debruçando sobre a relação entre saúde mental e trabalho, as repercussões da organização do trabalho sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores, entre outras questões muito presentes nos ambientes de trabalho, mas por vezes pouco discutidas. Mobilizado, nos últimos anos, por uma série de casos de suicídios em empresas de grande porte da Europa, esse pesquisador relata a necessidade de olharmos para essas situações como um reflexo da forma como vem se valorizando a gestão em detrimento do trabalho. O autor nos faz não só pensar em nossa realidade na atualidade, como também questionar como estas situações vêm sendo tratadas em nosso país e nas instituições com as quais trabalhamos.

Mais próximo de nossa vivência, o Professor Alvaro Merlo (professor médico-assistente do Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/HCPA), começa a observar que o perfil dos trabalhadores atendidos está mudando. As pessoas começam a trazer queixas específicas sobre sofrimento mental, adoecimento psíquico relacionado ao trabalho e mais ainda, casos de tentativa de suicídio. Os casos começam a ser mais frequentes e os encaminhamentos continuam sendo feitos ao Ambulatório (MERLO, 2011).

Importante ressaltar que algumas instituições públicas buscaram nosso Laboratório para falarem sobre suicídios de trabalhadores que aconteceram no ambiente de trabalho. Em um destes locais realizamos uma atividade de investigação-intervenção, fazendo entrevistas e grupo com trabalhadores do serviço.

Neste mesmo período, começamos a discutir no grupo de pesquisa a necessidade de termos alguma construção para pensarmos atendimentos para trabalhadores, vítimas de violência psicológica, assédio moral e com tentativas de suicídio relacionadas ao trabalho. Formulávamos algumas questões: Como a produção de conhecimento do nosso grupo de pesquisa pode intervir nesta realidade? Como podemos atender e/ou encaminhar estes trabalhadores?

Como neste grupo temos colegas que atendem em diversas áreas da saúde, públicas e privadas, sindicatos e serviços ligados à saúde do trabalhador e também

com os mesmos questionamentos quanto a termos uma discussão mínima sobre a forma de atendimentos, revimos propostas de “protocolos de saúde mental e trabalho” que haviam sido pensados e discutidos junto ao Ministério da Saúde, pelo menos há 10 anos, mas que não haviam sido finalizados, implantados.

Fruto destas reflexões se configura como proposta interessante para a tese a retomada desta discussão, principalmente em relação aos trabalhadores que buscam a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente no Ambulatório do HCPA. Este de fácil acesso para as entrevistas da pesquisa e também por receber usuários encaminhados de todo o estado, e não apenas de Porto Alegre ou região metropolitana.

Ocorre que também a esta época o Ministério da Saúde, mais especificamente a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, lança edital de projetos voltados para a área.

Como já estava trabalhando o projeto da tese, este vem a integrar aquele que concorreu ao edital. Nesse sentido, a pesquisa realizada com trabalhadores atendidos no ambulatório se configura como recorte importante da realidade atual do trabalho no país para composição com outros locais. O projeto foi aprovado e iniciado em 2013 (tardamente, pelo atraso na transferência de recursos), uma pesquisa multicêntrica, com participação de serviços de outros estados, denominado de “Proposta para construção de rotinas de atendimento em saúde mental e trabalho em pacientes atendidos na rede do Sistema Único de Saúde”.

Neste contexto, foi formulado o problema de pesquisa para a tese: **Como construir propostas para uma clínica em saúde mental e trabalho no SUS na atualidade?**

Apesar do quadro do mundo do trabalho na atualidade não ser dos mais animadores, a prática tem demonstrado que a possibilidade de escuta ao vivido no trabalho traz mudanças para a vida dos trabalhadores. A promoção de espaços coletivos de discussão, em pesquisas e intervenções, a pedido dos trabalhadores e de algumas instituições tem modificado a realidade do trabalho. Os passos dados ainda são curtos e pequenos, pelo cuidado necessário para com os trabalhadores e em relação às modulações provenientes da organização do trabalho.

É preciso atenção e constante atualização com o que acontece no cotidiano da vida, no real do trabalho. Pois o sofrimento no trabalho tem levado as pessoas à retração, ao silenciamento, e se não há espaço para a fala, significa que também não há espaço para a escuta. O que facilmente se lê como “descomprometimento ou desmobilização” no trabalho, tem sido consequência do silenciamento dos trabalhadores sobre o seu próprio trabalho.

Na medida em que não há espaço para uma construção do sentido do sofrimento, nas relações sociais, surge o desânimo, a decepção e, até mesmo, o desespero. Para Dejours (1999, p. 16), “Sempre há sofrimento. A única possibilidade, para nós, é transformar esse sofrimento: não podemos eliminá-lo.”

Trabalhadores e trabalhadoras, apesar de doentes, não querem se afastar de seus postos de trabalho pelo medo da substituição imediata por outro profissional e pelo estigma que ainda permanece em relação ao adoecimento mental. Mesmo doentes, as pessoas trabalham. E esta questão na lentidão dos encaminhamentos, dos atendimentos, na passagem por diversos profissionais, ou mesmo a espera por uma solução, debilita ainda mais este trabalhador que continua a sofrer mesmo após ser afastado.

Como diz Dejours (2000), as pessoas não querem fazer mal suas atividades, querem fazer um trabalho bem feito, mas muitas vezes são forçadas a realizá-lo mal pelas pressões da organização do trabalho. Também porque não querem e mesmo não podem se sentir descartáveis, como apenas mais uma peça da engrenagem.

Este cenário remete aos trabalhos de Marie Pez  (2010) – psicanalista francesa, que criou um serviço de atendimento para trabalhadores com sofrimento no trabalho, num Hospital que ao atender vítimas de assédio moral perguntava: “Neste momento você   assediado. Algum outro colega foi também em outro momento? O trabalhador responde: Sim. E ela pergunta: e o que você fez? E ele responde: Nada”. Ela vai dizer que emprestamos nosso consentimento a este tipo de gestão, de gerenciamento. E ao contrário do que poderíamos supor, são exatamente os mais engajados que acabam adoecendo.   a permissividade de muitos que possibilita a organiza o de situa oes de violência e assédio, diz Pez .⁴

⁴ As referências feitas   Marie Pez  são de entrevista, traduzida pelo Prof.  lvaro Merlo, do site Rue89 (2014) - (Site d'information et de d bat indépendant associant la créativité de journalistes, experts, professionnels, passionn s, blogueurs et internautes).

Segundo Pez  e no que se tem visto e discutido, há uma falência dos coletivos de trabalho, dos movimentos dos trabalhadores. E mais fundo ainda, e talvez conseqüentemente, a falta da confiança e da coopera o entre os trabalhadores.   muito difícil determinar o que vem primeiro, mas os movimentos de despotencializa o vêm sendo construídos lentamente em novos modelos de gestão, na forma o dos grandes empreendedores, o que será discutido ao longo da pesquisa.

A partir da apresenta o do problema de pesquisa, apresento os objetivos a serem atingidos:

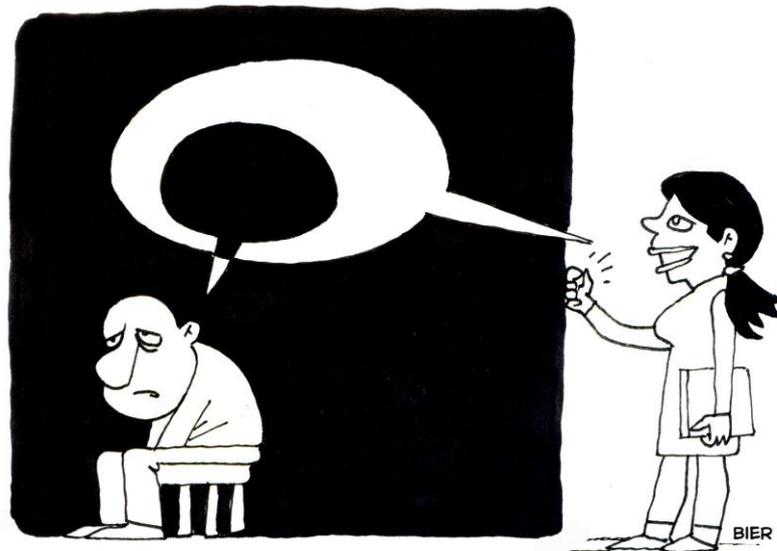
1.2 OBJETIVO GERAL

Construir propostas para uma clínica em saúde mental e trabalho para os serviços do Sistema  nico de Saúde, tendo como campo inicial o Ambulatório de Doenças do Trabalho (ADT) do HCPA.

1.2.1 Objetivos específicos

- a) Identificar o adoecimento em saúde mental relacionado ao trabalho na atualidade;
- b) Compreender como as formas de gestão influenciam o adoecimento nos ambientes de trabalho na atualidade;
- c) Propor outras possibilidades para a atenção à saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras atendidos no SUS.

Figura 1 – Charge⁵



Fonte: Merlo, Bottega e Perez (2014b)

⁵ A imagem é utilizada com autorização do autor, Augusto Frank Bier. Compõe a Cartilha “Atenção ao Sofrimento Psíquico do Trabalhador e da Trabalhadora – Cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde - SUS”, (MERLO; BOTTEGA; PEREZ, 2014b).

2 INTRODUÇÃO

A discussão da saúde do trabalhador e mais especificamente de aspectos relativos à saúde mental relacionada ao trabalho são objeto desta tese. Seu objetivo principal é construir propostas para uma clínica em saúde mental e trabalho para os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de identificar o adoecimento em saúde mental relacionado ao trabalho na atualidade, compreender como as formas de gestão influenciam o adoecimento nos ambientes de trabalho na atualidade e propor outras possibilidades para a atenção à saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras atendidos no SUS.

Entendo o trabalho como constituidor da identidade e articulador entre a esfera social e a vida privada do trabalhador. Nesse sentido, o trabalho permite promover saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras, mas não sem o confronto com a organização do trabalho que pode gerar prazer, mas também sofrimento e adoecimento. A partir do que tenho estudado, escutado e vivenciado com trabalhadores, as mudanças operadas na realidade do trabalho têm sido as de ordem mais perversas e perturbadoras possível com impactos significativos na vida dos trabalhadores.

Apesar de saber e reconhecer o esforço de pesquisadores e clínicos do trabalho (que serão citados ao longo desta escrita) na construção de conhecimento nesta área tem-se a necessidade de propor novas possibilidades e de sistematizar o que já vem sendo realizado no campo da saúde mental e trabalho para os demais trabalhadores da saúde, em equipes de saúde mental, que se deparam cotidianamente com atendimento de sujeitos em sofrimento e em adoecimento relacionado ao trabalho.

Portanto, apresento possibilidades para o atendimento e investigação aos profissionais e serviços de saúde que permita flexibilidade suficiente para a dinâmica do que se encontra no dia-a-dia, mas que também possibilite estudos comparativos, bem como pesquisas, levantamentos ou outra ordem de apresentação do trabalho. Estas reflexões foram feitas a partir de entrevistas com trabalhadores encaminhados por um serviço que presta atendimento ambulatorial hospitalar em saúde do trabalhador, o Ambulatório de Doenças do Trabalho (ADT) do HCPA.

Entendo que ocorreram avanços importantes nos últimos anos no desenvolvimento do campo da saúde mental do trabalhador, principalmente com a compreensão proposta pela Clínica Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 2010; 2004). Por outro lado, é grande a dificuldade para a investigação e para o acompanhamento dos trabalhadores com sofrimento mental relacionado ao trabalho.

Concordo com Seligmann-Silva (2011), quando aponta que os quadros atuais de adoecimento que se apresentam em ações de 'Saúde Mental Relacionada ao Trabalho', têm desafiado o diagnóstico clínico e etiológico, e também as ações terapêuticas e a reabilitação. Uma das dificuldades encontradas é a caracterização da vinculação entre os quadros clínicos e o trabalho, pois não existe consenso para a classificação dos distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho.

Segundo dados da Previdência Social, as concessões de auxílio-doença acidentário (que têm relação com o trabalho) para casos de transtornos mentais e comportamentais cresceram 19,6% no primeiro semestre de 2011, em relação ao mesmo período do ano anterior. Os afastamentos provocados por casos de transtornos mentais e comportamentais, por exemplo, saltaram de 612 em 2006, para 12.818 em 2008. Já em 2010, esse número caiu, passando para 12.150. Mas em 2011, a concessão de auxílios-doença em função de transtornos mentais e comportamentais voltou a subir passando para 12.337 casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No mesmo documento, aparece uma diminuição de acidentes típicos, mas aumento de número de afastamentos por doenças do trabalho. O estudo no período de 2000 a 2011 apresenta dados nos quais as “doenças motivadas por fatores de riscos ergonômicos” e a “sobrecarga mental”, superam os traumáticos, como fraturas, por exemplo. Os transtornos mentais que representam 4,76% de todos os afastamentos são segundo categoria do CID (Código Internacional de Doenças) F32 – episódios depressivos – e F 41 – outros transtornos ansiosos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) estima que no mundo em torno de 5.000 pessoas morrem diariamente durante o trabalho (somente no mercado formal), sendo que para cada registro, estima-se três mortes sub-notificadas. Já as doenças no trabalho assolam 160 milhões de pessoas/ano em todo o planeta.

Abordar esse imenso ônus causado pelas doenças, custos econômicos e perda de recursos humanos a longo prazo resultantes de locais de trabalho insalubres constitui-se em um extraordinário desafio para governos federais, setores econômicos, formuladores de políticas e profissionais de saúde. (OMS, 2010, p.1).

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a partir de dados sistematizados em 2013:

- a)** 2,02 milhões de pessoas morrem a cada ano devido a enfermidades relacionadas com o trabalho.
- b)** 321 mil pessoas morrem a cada ano como consequência de acidentes no trabalho.
- c)** 160 milhões de pessoas sofrem de doenças não letais relacionadas com o trabalho.
- d)** 317 milhões de acidentes laborais não mortais ocorrem a cada ano.
- e)** A cada 15 segundos, um trabalhador morre de acidentes ou doenças relacionadas com o trabalho.
- f)** A cada 15 segundos, 115 trabalhadores sofrem um acidente laboral.

Segundo os dados, o Brasil está em quarto lugar no ranking de acidentes fatais de trabalho (ONU, 2013).

Diante deste quadro, sigo as constatações de Seligmann-Silva (2011, p.18), em que as últimas décadas trouxeram profundas transformações ao mundo do trabalho. Ocorreu “intensificação das pressões, temores e incertezas” para os trabalhadores assalariados e suas famílias, o que fez com que fosse verificada também a expansão do “sofrimento social”. As metamorfoses simultâneas, conforme nomina a autora, que fazem sofrer e produzem desgaste humano, precarizam a saúde mental dos trabalhadores.

Considera-se, ainda, as dificuldades no estabelecimento do nexos com o trabalho e no diagnóstico de adoecimento psíquico relacionado ao trabalho, pois mesmo que este tipo de adoecimento apresente alta prevalência entre os agravos que acometem a população de trabalhadores, sua identificação, diagnóstico e registro, frequentemente deixam de ser realizados pela rede de serviços de saúde pública e privada. Apesar da ampliação multidisciplinar nos atendimentos da Rede

do Sistema Único de Saúde (SUS), na maioria das vezes os profissionais não conseguem estabelecer a relação entre saúde mental e trabalho, já que carecem de ferramentas orientadoras para investigação e atendimentos.

Seligmann-Silva (2011, p.18), coloca que “[...] as metamorfoses interarticuladas – que compreendem a dominação, a produção do desgaste humano e as expressões clínicas deste desgaste –,” desafiam os profissionais de saúde e todos os envolvidos, no atendimento e formulação de políticas em saúde mental. Entendo que também faz parte da proposta desta pesquisa, por mais que não esteja explícita, a possibilidade de que ao se construir novas possibilidades aos profissionais da saúde, estejamos também cuidando de nossos processos de trabalho e, portanto, de nossa própria saúde mental enquanto trabalhadores.

Após estas colocações introdutórias, seguem os capítulos que demonstram o percurso construído durante a execução da tese. No próximo capítulo apresento os pressupostos teóricos que embasam a discussão. Inicialmente, sistematizo o entendimento sobre uma breve construção histórica da relação saúde mental e trabalho com os acontecimentos ocorridos no mundo, na Europa e em nossa realidade brasileira a partir das políticas públicas nesta área e desdobramentos na implantação do SUS. Na sequência, um panorama do trabalho que a partir de um diálogo com autores como Dejours, Seligmann-Silva, Heloani, Sennet, Chanlat, Gaulejac, Soboll e Ferraz entre outros, traz a relação das situações de sofrimento/adoecimento vividas pelos trabalhadores atualmente com os novos modelos de gestão.

No entendimento das consequências dos modelos de gestão para a subjetividade dos trabalhadores, segue-se a discussão na perspectiva de uma compreensão clínica com a Clínica do Trabalho e mais detalhadamente a Clínica Psicodinâmica do Trabalho – que fundamenta a discussão desta pesquisa - para pensar possibilidades para os trabalhadores em sofrimento e adoecimento. As Patologias Sociais e da Solidão, que conforme apontam Ferreira e Dejours representam a expressão dos sentimentos de desamparo, isolamento e silenciamento vivido pelos sujeitos no trabalho, desencadeados principalmente por situações de violência psicológica, são apontadas como discussão importante para esta clínica na medida em que configuram o adoecimento na atualidade.

A discussão de outras perspectivas na política pública para esta área é apresentada na atual Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, lançada em 2012, que visa articular ações de programas, projetos e serviços já existentes, desconstruindo que o processo de adoecimento seja responsabilidade do trabalhador e não dos modelos de desenvolvimento e/ou processos produtivos.

Na continuidade, no capítulo destinado à metodologia, descrevo uma abordagem qualitativa com uso complementar de um instrumento quantitativo para relacionar os aspectos encontrados nas entrevistas realizadas com trabalhadores e trabalhadoras. Relato o processo de organização para as entrevistas, que a partir dos comentários verbais constrói o entendimento da dinâmica saúde mental e trabalho, na perspectiva da pesquisa em clínica do trabalho em que se busca nas formas discursivas, construir ou reconstruir o real do trabalho qualitativamente.

A partir deste processo, segue então a parte destinada à análise e discussão do que foi sistematizado dos encontros com os trabalhadores e pesquisadora, e o entrelaçamento teórico feito com os relatos. Esta parte se divide em três: apresentação dos trabalhadores e trabalhadoras, com levantamento geral do SRQ-20; a que analisa e discute especificamente os comentários verbais e, aquela que emergiu a partir deste encontro, da escuta nas entrevistas, a Linha de Cuidado em Saúde Mental do Trabalhador e da Trabalhadora. Os comentários verbais/apontamentos dos entrevistados foram separados em cinco grupos temáticos: adoecimento; gestão; relação com o trabalho – dedicação; escuta – atendimento e possibilidade de tratamento – sugestões. Todos relacionados aos objetivos da pesquisa como um meio didático e também como forma de destacar as falas. Ainda em relação aos comentários, apresento um agrupamento – sobre a pesquisa, escuta, atendimento – que não está no quadro relacionado aos objetivos, na medida em que diz respeito ao próprio processo de pesquisa e surgiu como apontamentos espontâneos e reflexivos dos entrevistados.

Como consequência de todo este percurso, apresento a Linha de Cuidado em Saúde Mental do Trabalhador, que com seus integrantes/ferramentas, conforme Pinheiro, Merhy, Campos, Franco e Magalhães-Júnior entre outros, indica uma dimensão do cuidado integral aos trabalhadores e trabalhadoras que pode ser construída como expressão da Clínica do Trabalho no SUS, numa composição entre usuário-trabalhador, profissional da saúde e serviços.

Acredito que a participação dos trabalhadores na pesquisa pode contribuir para a construção de novas possibilidades com vistas à modificação das atuais condições de trabalho e saúde mental. As considerações finais vão nesse sentido, na medida em que apontam caminhos possíveis para a política da saúde ao sistematizar um percurso que inclui a escuta, a clínica e a promoção de saúde, intrinsecamente ligadas, buscando a superação das situações adversas vividas pelos trabalhadores.

3 BASE TEÓRICA

A compreensão da realidade atual enfrentada pelos trabalhadores envolve o conhecimento dos processos que foram sendo desencadeados ao longo dos anos por trabalhadores, instituições, legislações e transformações sociais. Assim, neste espaço se apresentam elementos para compor a discussão desta tese, considerando o entendimento sobre uma construção histórica da relação saúde mental e trabalho, um panorama do trabalho na atualidade, ademais da Clínica do Trabalho como proposta para pensar as possibilidades aos trabalhadores em sofrimento e adoecimento e, por fim, a atual política pública para a área.

3.1 UMA BREVE CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA RELAÇÃO SAÚDE MENTAL E TRABALHO

O diálogo com Dejours (1992, p.13), possibilita organizar como foi se constituindo “A história da saúde dos trabalhadores”, na evolução das lutas e mudanças nas condições de trabalho. Busco apresentar a construção da discussão sobre a Psicopatologia do Trabalho, a passagem para a proposta da Psicodinâmica do Trabalho, e o momento atual, em que nos deparamos na Clínica com as Patologias Sociais. Desta forma, abordando os acontecimentos históricos ocorridos no mundo, na Europa e em alguns momentos especificamente na realidade brasileira, pretende-se traçar um panorama atual da saúde mental dos trabalhadores.

No primeiro momento, Dejours (1992), sob o título⁶ “Século XIX e a luta pela sobrevivência”, apresenta o período até a I Guerra Mundial. Nesta época destacam-se principalmente aspectos relativos à agressividade do ambiente; longas jornadas de trabalho, a participação de crianças; acidentes graves, com conseqüente alta mortalidade dos trabalhadores. Segundo o autor, neste período não se fala em saúde, mas sim em sobrevivência, na luta para não morrer.

⁶ No livro *A Loucura do Trabalho*, Dejours (1992) divide a introdução em quatro subtítulos que utilizo neste capítulo.

Marx (1996) faz importante discussão deste período, desde o processo de construção da maquinaria até a formação da grande indústria. Apresenta a transformação da manufatura até a grande indústria com sua complexidade. Entre outros aspectos, aborda os efeitos da produção mecanizada sobre o trabalhador. Segundo Marx, os capitalistas vão se utilizar da apropriação de forças de trabalho suplementares – trabalho feminino e infantil, prolongamento da jornada de trabalho e intensificação do trabalho para a produção da mais valia⁷.

Todos os órgãos dos sentidos são igualmente lesados pela temperatura artificialmente elevada, pela atmosfera impregnada de resíduos de matéria-prima, pelo ruído ensurdecedor etc., para não falar do perigo de vida sob a maquinaria densamente amontoadas que, com a regularidade das estações do ano, produz seus boletins da batalha industrial. A economia nos meios sociais de produção artificialmente amadurecida apenas no sistema de fábrica, torna-se ao mesmo tempo, na mão do capital, roubo sistemático das condições de vida do operário durante o trabalho, roubo de espaço, de ar, de luz e de meios de proteção de sua pessoa física contra condições que oferecem perigo de vida ou são nocivas à saúde no processo de produção, isso sem querer falar das instalações para a comodidade do trabalhador (MARX, 1996, p. 58-59).

No Brasil, com a limitação do uso de escravos negros, somente na segunda metade do século XIX surge alguma preocupação com a saúde do trabalhador. Como havia precariedade de alimentação e habitação, as doenças levavam a elevado coeficiente de mortalidade (ROCHA; NUNES, 1993).

Na realidade brasileira, de acordo com Rocha e Nunes (1993, p.84) “Pode-se falar em um ‘surto industrial’ entre 1844 e 1875, quando aparecem as primeiras unidades manufatureiras e que eram em número bastante limitado.” A partir de 1885, no entanto, há implantação de indústrias em número elevado. “Este fomento da produção interna, além do fortalecimento que traz à economia em geral do país, representará mais um fator de ajustamento e equilíbrio do nosso balanço exterior de contas” (PRADO JUNIOR, 2006, p. 126).

Com o fim da Monarquia (1889), prevalece uma cultura nacional de exportação de café (ROCHA; NUNES, 1993). Pode-se pensar que com o advento de

⁷ Mais-valia: Parte essencial da teoria socioeconômica de Marx (GORENDER, 1996, p. 36): “O modo de produção capitalista se afirma à medida que dispensa os processos da acumulação originária e difunde processos específicos de exploração e valorização, que conduzem à produção da mais-valia.”; “O valor de uso da força de trabalho consiste precisamente na capacidade, que lhe é exclusiva, de criar um valor de grandeza superior à sua própria. O dono do capital e empregador do operário se apropria deste sobrevalor ou mais-valia sem retribuição.” (GORENDER, 1996, p. 37).

indústrias e as grandes fazendas, o regime de trabalho escravo tem fim e se encaminha para o trabalho assalariado. Mas conforme nos aponta Martins (1986), o trabalho assalariado não substitui o trabalho escravo.

Há uma passagem do cativo humano para o cativo da terra. As propostas de parceria foram estabelecidas entre 1840 e 1850, e previam que o lucro da venda do café seria dividido igualmente entre fazendeiro e colono (MARTINS, 1986). Na verdade, o colono tinha o ônus de várias despesas, entre elas o pagamento do transporte e gastos de viagem da família, além de sua sobrevivência. E caso não estivesse satisfeito com a situação e com o patrão, poderia mudar de fazenda desde que tivesse um novo patrão-proprietário, que estivesse disposto a saldar suas dívidas.

Prado Junior (2006), ao analisar a decadência do trabalho servil, a imigração e colonização, argumenta:

Os proprietários, habituados a lidar exclusivamente com escravos, e que continuavam a conservar muitos deles trabalhando ao lado dos colonos, não tinham para com estes a consideração devida à sua qualidade de trabalhadores livres; os contratos de trabalho que os emigrantes assinavam antes de embarçar na Europa e desconhecendo ainda completamente o meio e as condições do país onde se engajavam, eram geralmente redigidos em proveito exclusivo do empregador e não raro com acentuada má-fé. Além disto, a coexistência nas fazendas, lado a lado, de escravos que formavam a grande massa dos trabalhadores, e de europeus livres fazendo o mesmo serviço que eles, não podia ser muito atraente para estes últimos e representava uma fonte de constantes atritos e indisposições (PRADO JUNIOR, 2006, p. 139).

A escravidão do negro era cara e imobilizava capital, já a “escravidão do colono” era baseada na dívida que o mantinha preso ao fazendeiro, tanto quanto era anteriormente o escravo negro. O estrangeiro utilizado para substituir o escravo, não era um assalariado, mas um colono que recebia parcialmente em dinheiro (MARTINS, 1986).

Mesmo após a Constituição de 1891 é importante ressaltar que não havia intervenção do estado nas relações trabalhistas, estas eram tratadas de acordo com o Código Penal (ROCHA; NUNES, 1993). As organizações de trabalhadores eram pequenas e tinham como meta reivindicações salariais e melhoria de condições de vida. “As principais reivindicações do período foram: o estabelecimento de jornada de trabalho de oito horas; a indenização e prevenção do acidente de trabalho e a

regulamentação do trabalho de mulheres e menores.” (ROCHA; NUNES, 1993, p.86).

Da I Guerra Mundial até 1968, momento denominado como Segundo Período, de acordo com Dejourns (1992), acontecem movimentos organizados dos operários, onde vão estar presentes a necessidade de inspeção médica nas fábricas e o conseqüente reconhecimento de algumas doenças profissionais, bem como sua indenização.

A assinatura do Tratado de Versalhes, que encerra oficialmente a I Guerra Mundial em 1919, e a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) são acontecimentos marcantes desta época. A OIT nascida de argumentos humanitários e políticos visava à construção de legislação internacional ao custo humano pós Revolução Industrial (SOUZA, 2006).

[...] uma vez que através deste Organismo se suplanta barreiras geográficas, passou-se a disseminar, mundialmente, ideias acerca do trabalho e da justiça social, que favorecesse, conduzisse e mantivesse a paz e a estabilidade, e ainda, que o desenvolvimento econômico dos povos tivesse uma relação direta com a justiça social (SOUZA, 2006, p.432).

Neste mesmo período, no Brasil, é criada a primeira legislação sobre Acidentes de Trabalho em 1919 e a Lei sobre a Previdência Social, conhecida como Lei Eloy Chaves, de 1923 (ROCHA; NUNES, 1993; BERTOLI FILHO, 2008).

Somente no início do século XX vão acontecer algumas ações sanitárias do estado, mas estrategicamente situadas em São Paulo, Minas e Rio de Janeiro, zonas de produção do café e portuárias. Nesta época não havia uma política de saúde de âmbito nacional, mas sim para o atendimento médico individual. Importante salientar que de 1901 a 1917, ocorreram greves em quase todos os setores da indústria, que lutavam por melhorias nas condições de trabalho, as quais se estenderam até 1919 (ROCHA; NUNES, 1993).

As Santas Casas de Misericórdia eram as responsáveis pela assistência individual, e algumas empresas tinham um atendimento médico de base curativa e também individualizado (ROCHA; NUNES, 1993). Mas é somente a partir da década de 1920 que se cria uma ação de base nacional, com a Reforma Administrativa e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, com o objetivo de reorganizar

os serviços comunitários do país atribuindo à União a competência pela promoção desses serviços em todo o território nacional (FIOCRUZ, 2012).

A Previdência da época atendia aos trabalhadores que estivessem em condições de produzir, principalmente os ferroviários, marítimos e portuários. A Caixa de Aposentadoria e Pensões⁸ era regulada pela própria empresa contratante, sem intervenção estatal (ROCHA; NUNES, 1993). Mesmo com as modificações implantadas no período, as práticas sanitárias eram voltadas para grandes campanhas, não agindo nos determinantes do adoecimento (FIOCRUZ, 2012; BERTOLI FILHO, 2008). Conforme Ramminger e Nardi (2007), o sistema de saúde brasileiro se desenvolveu tendo como foco a assistência à saúde aos trabalhadores urbanos. E esta preocupação com a “manutenção do corpo que trabalha” já estava presente na época da escravidão.

No período de 1930 a 1945, a realidade nacional vai contar com a intervenção do Estado nas relações de trabalho. Têm-se um desenvolvimento industrial, com a expansão do consumo a partir do aumento do mercado interno, principalmente na década de 1940 (ROCHA; NUNES, 1993; BERTOLI FILHO, 2008; ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001).

Dos anos 1930 a 1935 o movimento dos trabalhadores permanece com as questões relativas “[...] aos acidentes de trabalho, salários e jornadas em busca de melhores equacionamentos (ROCHA; NUNES, 1993, p. 98).” Apesar das legislações criadas anteriormente, neste período ainda acontecem muitos acidentes de trabalho por falta de condições adequadas.

Somente em 1943 é criada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que “[...] reúne a legislação relacionada com a organização sindical, a previdência social, a proteção ao trabalhador e a justiça do trabalho (ROCHA; NUNES, 1993, p. 106).” Contudo, é apenas em 1978 que a CLT em seu Capítulo V apresenta as Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho, que serão modificadas de acordo com os tensionamentos vindouros, mas voltadas aos trabalhadores celetistas (RAMMINGER; NARDI, 2007).

⁸ Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que eram geralmente organizadas por empresas e empregados. As CAPs operavam em regime de capitalização, porém eram estruturalmente frágeis por possuírem um número pequeno de contribuintes e seguirem hipóteses demográficas de parâmetros duvidosos; outro fator de fragilidade era o elevado número de fraudes na concessão de benefícios.

Passamos por um crescimento na industrialização de 1945 até 1964. Ao mesmo tempo, “[...] grande parte dos sindicatos, sob a democracia populista, concentrava-se na discussão de uma política nacional, submetendo as questões específicas como, por exemplo, os problemas de saúde, a uma negociação direta com o Estado.” (ROCHA; NUNES, 1993, p. 110).

Neste período, vive-se um avanço econômico, com aumento da urbanização, ampliação do papel do estado principalmente em relação à Previdência Social, e um consequente processo de redemocratização. “Em termos do contexto político, o fato mais importante foi o golpe militar de 1964, que representou a instalação de um regime caracterizado pelo autoritarismo, excluindo a participação dos trabalhadores.” (ROCHA; NUNES, 1993, p. 123) Conseqüentemente, ocorreram intervenção e controle sobre sindicatos, e é instituída a Lei de Greve e criado o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

Conforme descrevem Ramminger e Nardi (2007, p. 215),

Com a ditadura militar, o período dentre 1964-1980 é marcado por forte centralização política. O período se inicia com o silenciamento dos sindicatos e partidos de esquerda e termina com o surgimento de novos movimentos sociais com outras pautas de reivindicação, como aqueles que inseriram a saúde como luta política, por exemplo.

Após 1968, ao que Dejours (1992) denomina de Terceiro Período, destaca-se um avanço na discussão pela saúde do corpo, onde entram em cena os entendimentos sobre condições de trabalho e organização do trabalho. Em relação ao panorama da saúde do trabalhador brasileiro, no início dos anos 1970, os indicadores são associados às precárias condições de vida, não condizentes com o progresso e o desenvolvimento.

Nesta época, o primeiro grupo de doenças responsáveis pela concessão de aposentadoria pelo INPS⁹ são as cardiovasculares, incluindo a hipertensão arterial, as doenças coronarianas, etc. O segundo são as doenças mentais que aumentaram com a migração da população rural para a periferia das grandes cidades e com as perdas salariais dos trabalhadores (ROCHA; NUNES, 1993).

⁹ O INPS – Instituto Nacional de Previdência Social foi criado em 1966, com a fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's).

Outro aspecto importante a ser destacado é que a saúde pública foi sendo substituída pela ampliação da medicina previdenciária voltada para os trabalhadores com o objetivo de “repor a força de trabalho”, principalmente nos anos de 1960 a 1980. Assim, o país garantia o crescimento da industrialização (ROCHA; NUNES, 1993).

Apesar da história da saúde pública ter iniciado em 1808 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), o Ministério da Saúde (MS) só foi instituído formalmente em 1953 (BERTOLI FILHO, 2008; ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001). Mas é somente no início dos anos 1960 que os sanitaristas começam realmente a formular propostas para os serviços de saúde e a realidade do país. De acordo com Paim (2012, p. 9), a expressão “reforma sanitária” vai aparecer no país em 1973, antes disso (anos 50 e 60) a terminologia usada era diversa: “Naquela época e em alguns círculos restritos chegava-se a falar em socialização da medicina ou medicina socializada.”

Mesmo com alguns marcos importantes na formulação da Política Nacional de Saúde, na realização da III Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1963, é com a reforma administrativa de 1967 que o Ministério da Saúde “[...] seria o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 2).

Em torno deste período, da década de 1970, emerge então, lentamente, uma demanda sobre as condições psicológicas do trabalho menos qualificado e suas consequências sobre a saúde (DEJOURS, 1992, 2000). Aspectos que continuarão sendo desenvolvidos ao longo deste texto.

No Brasil, ao final dos anos 1980, “[...] a redação final da Constituição promulgada em 1988 incluiu a maior parte das propostas das organizações populares e de especialistas na área da saúde” (BERTOLI FILHO, 2008, p. 63). De acordo com Dias (1993, p. 154), o texto constitucional apresenta um conceito ampliado de saúde, o que auxilia que os anos 1980 sejam importantes nos encaminhamentos relativos à saúde dos trabalhadores. Por mais que o contexto no período não seja o mais favorável, “[...] não se pode perder a visão de processo e os ganhos significativos conquistados pelos trabalhadores [...]” (DIAS, 1993, p. 154).

Na passagem da década de setenta para a de oitenta, os movimentos sociais ampliaram-se, propondo a democratização da saúde, do Estado e da sociedade, sob o lema da 'democratização da saúde'. Com a redemocratização, especialmente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), 'reforma sanitária' foi a denominação que substituiu aquela do movimento da democratização da saúde (PAIM, 2012, p.10).

Com a promulgação da Constituição Federal (CF), fica definido que é dever do Estado a garantia de saúde da população, conforme Artigo 196, "[...] que, ao mencionar a saúde do trabalhador e o ambiente do trabalho, o faz expressamente no capítulo do direito à saúde." (RAMMINGER; NARDI, 2007).

Assim como no Artigo 200 estão descritas as competências do Sistema Único de Saúde (SUS) que ganhou corpo quando aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080) em 1990 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Nesta lei, além dos objetivos do Sistema, está incluída em seu campo de atuação a execução de ações de saúde do trabalhador, não sendo mais atribuição do Ministério do Trabalho e Emprego nem do Ministério da Previdência Social.

Mesmo que à época as questões relacionadas às doenças profissionais e acidentes de trabalho tivessem destaque nas ações de saúde do trabalhador

[...] percebemos que o cruzamento do discurso da Saúde do Trabalhador e da Saúde Mental aparece de forma incipiente na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, fortalecendo-se a partir da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, sobretudo por influência de profissionais ligados às universidades (RAMMINGER; NARDI, 2007a, p. 11).

Estas Conferências aconteceram, respectivamente, em 1986 e 1994. Já a iniciativa específica voltada para a Saúde do Trabalhador, com diretrizes e estratégias, vai se dar a partir da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em setembro de 2002. Na sua proposta de atenção integral, estão os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Estes Centros recebem verbas do Fundo Nacional de Saúde (FNS), para realizar "[...] ações de promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho." (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p. 01). A continuidade da política para a saúde do trabalhador e trabalhadora serão apresentados em item específico do texto.

Todo este percurso de construção histórica da saúde do trabalhador trouxe novas formas de organização do trabalho e da gestão, que em cada contexto apresentava também novas formas de manipulação da subjetividade e exploração dos trabalhadores. O que foi descrito por Heloani (2003), com a denominação de “reprocessamento da percepção do espaço produtivo”.

Estes aspectos serão ampliados a seguir sob a perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho.

3.1.1 Psicopatologia e Psicodinâmica do Trabalho

As primeiras investigações (década de 1970) dedicaram-se a operários semiqualeificados nas quais se analisava uma patologia mental procedente do trabalho repetitivo, sob pressão de tempo e explorado de forma intensa. Tinha-se como objetivo destacar a doença mental ocasionada pelo trabalho de forma específica e caracterizá-la. Porém, estes objetivos não foram alcançados: ao invés de revelar doenças mentais específicas, o que foi observado com maior evidência foram comportamentos ditos estranhos, insólitos ou paradoxais. A partir de então, buscou-se destacar um conjunto de signos característicos (semiologia) que possuísem um valor descritivo generalizável ao conjunto de uma categoria profissional, sendo característica de uma situação de trabalho hipoteticamente homogênea. Aos poucos então, desenhou-se o modelo teórico que buscava tematizar o sofrimento no trabalho e as defesas contra ele. (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990).

Em meados dos anos 1980, Dejours e sua equipe de pesquisadores começam a se indagar por que em algumas situações, apesar de estarem vivendo um grande sofrimento, os trabalhadores não adoeciam, mas desenvolviam estratégias que os permitiam lidar com o sofrimento e o trabalho, e dessa forma, não enlouquecer. Os primeiros estudos desenvolvidos no campo da Psicopatologia do Trabalho traziam uma conotação negativa para a definição de sofrimento, sendo compreendido como atravessado por forças que propiciam a evolução natural para a doença. Desse modo, as pesquisas demonstram que a bivalência do sofrimento

deve ser levada em consideração exigindo então uma redefinição para o termo em psicopatologia do trabalho. A antiga definição, hoje caracterizada como sofrimento patológico era concebida como

O sofrimento que emerge quando todas as possibilidades de adaptação ou de ajustamento à organização do trabalho pelo sujeito, para colocá-la em concordância com seu desejo, foram utilizadas e a relação subjetiva com a organização do trabalho está bloqueada (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990, p.127).

Um dos aspectos destacados nas pesquisas foram as estratégias defensivas. As estratégias defensivas apresentam uma dualidade em relação ao sofrimento no trabalho: por um lado se fazem necessárias para que o sujeito se adapte às pressões evitando a loucura e dando continuidade ao trabalho, por outro contribuem na estabilização da relação subjetiva com a organização do trabalho sustentando uma resistência à mudança. No momento em que os trabalhadores estruturam tais defesas eles hesitam em questioná-las, representando um grande risco de alienação (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990).

As estratégias defensivas são, então, as reações construídas pelos trabalhadores, para enfrentamento e proteção às situações de risco e conseqüente sofrimento no trabalho. Essas podem ser tanto da ordem individual quanto coletiva; sendo que o mais interessante é que se o sofrimento é singular, individual, as pessoas cooperam para se defenderem, pois a superação pode ser coletiva.

O funcionamento das estratégias defensivas passa por um retorno da relação subjetiva com as pressões patogênicas nas quais os sujeitos deixam de ser vítimas passivas tornando-se agentes ativos de uma atitude provocadora em busca da redução da pressão patogênica. Entretanto, este movimento restringe-se ao nível mental, em função de que ele por si só não transmuta a realidade vivenciada (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990).

A defesa coletiva é sustentada por um consenso e surge a partir das pressões organizacionais do trabalho. Ao mesmo tempo, traz ao sujeito uma estabilidade, uma harmonização que ele seria incapaz de conseguir individualmente.

Inicialmente, a Psicopatologia do Trabalho preocupou-se em evidenciar uma clínica de afecções psíquicas que poderia ter origem no trabalho. Basicamente foi fundamentada em um campo de conhecimento resultante dos danos físico-químico-

biológicos das instituições de trabalho. A maior parte da literatura relata estudos a respeito da saúde mental referindo-se à fadiga, ao estresse e às afecções consideradas psicossomáticas, como o infarto do miocárdio em executivos sobrecarregados e a úlcera duodenal em trabalhadores em turnos alternados. Porém não havia estudos a respeito dos trabalhadores em atividade nos seus locais de execução e sim a respeito das doenças mentais que os afetavam (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990). A expressão “funcionamento psíquico” diz respeito ao modelo de homem que faz de cada sujeito um indivíduo ímpar, portador de desejos e anseios originários de sua historicidade e vivência passada e presente, que reage à realidade de uma forma única e singular (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990).

Conforme aponta Dejours (2004, p. 56): “A psicodinâmica do trabalho é antes de tudo uma práxis. Mas a psicodinâmica do trabalho não é apenas uma modalidade de intervenção no campo: continua sendo uma disciplina produtora de conhecimentos”.

E, de acordo com o autor, a Psicodinâmica do Trabalho nos mostra que a relação entre a organização do trabalho e o sujeito é dinâmica, e por isso em contínuo deslocamento. É a partir desta constatação que a Psicopatologia dá lugar para a Psicodinâmica do Trabalho, onde o foco é a manutenção da normalidade apesar das adversidades vividas no cotidiano do trabalho (DEJOURS, 2004).

Além do antagonismo ocasionado pela ideia de patológico e não patológico, Dejours e Abdoucheli (1990), relatam que a contradição relativa à condição social/privado também estava presente. O prazer e o sofrimento estão ligados ao domínio privado, enquanto o trabalho, que por si só deriva de uma natureza social, está relacionado a um funcionamento coletivo. As pressões do trabalho não são sentidas de forma idêntica ou até mesmo similar por um determinado grupo de trabalhadores que compartilham a mesma função e/ou local de trabalho. No conflito social/privado o privado se mantém, as pressões de trabalho não podem por si mesmas fazer emergir uma psicopatologia de massa.

Entre as pressões do trabalho e a doença psíquica emerge o indivíduo dotado de capacidade para compreender a situação em que se encontra, podendo também reagir e defender-se dela. Cada sujeito, em função de uma vivência, personalidade e história de vida singular, encontra uma maneira particular de enfrentar o sofrimento.

Os estudos de Dejours e a Metodologia de Pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho (PdT) são amplamente difundidos e utilizados por pesquisadores e profissionais que estão envolvidos com o tema e a prática da saúde do trabalhador, visando aprofundar a relação entre a construção de subjetividade e o trabalho. No Brasil, a necessidade de solidificar os pressupostos de uma teoria que veja o sujeito na sua integralidade e tenha o trabalho como um fator importante na constituição do laço social, e na identidade do trabalhador, fazem com que diversos trabalhos e pesquisas sejam baseados, *stricto sensu* ou não, na proposta da PdT (MERLO; MENDES, 2009).

Pelo menos vinte anos após a mudança de denominação proposta por Dejours e seus pesquisadores, há uma alteração no quadro das patologias mentais relacionadas ao trabalho, levando Mendes (2007), a reservar o capítulo inicial de seu livro à discussão “Da psicodinâmica à psicopatologia do Trabalho”. Nesta escrita a autora além de descrever o histórico da abordagem proposta por Dejours, vai traçar um percurso para o entendimento das mudanças operadas na organização do trabalho e modelos de gestão, que tem levado a um aumento considerável de patologias relacionadas ao trabalho. O que continuará sendo abordado nos itens seguintes.

3.2 UM PANORAMA DO TRABALHO

A proposta é apresentar o posicionamento dos autores para avançar no entendimento do que tem se constituído como espaço de dor, sofrimento e por vezes, morte, ao invés de produção e prazer. A relação entre o sujeito e a organização do trabalho é ponto central da análise como determinante do sofrimento mental; já a liberdade do trabalhador é condição necessária à estabilidade psicossomática. Cada vez mais se tem visto os impactos da organização do trabalho sobre a saúde mental do trabalhador: são situações de trabalho geradoras de elevado nível de sofrimento e por vezes adoecimento, sendo que os trabalhadores sempre buscam criar estratégias para lidar com seu o sofrimento e continuar trabalhando. Mas o que ocorre, por força da atual organização do trabalho, é que o

trabalhador tende a um processo doloroso de confronto com seus colegas, e consigo mesmo, relegando sua condição de trabalho a um plano escondido, recalcado e silencioso.

São visíveis as intensas modificações que o trabalho sofreu pelo menos nas últimas quatro décadas. Diminuições no número de empregos, aumento de serviços, precarização dos contratos e flexibilização de leis trabalhistas, entre outras mudanças. Ao mesmo tempo, como referência social, tem sido questionado, ressignificado, criticado e resgatado, por alguns teóricos. Uns chegam a colocar em xeque a centralidade do trabalho, mas é visível o aumento da sua exploração. Todas essas transformações influenciam, direta ou indiretamente, a sociedade, seja o trabalhador empregado ou sem emprego e suas famílias, e impactam diretamente a subjetividade do trabalhador.

3.2.1 Atuais Modelos de Gestão e sua Repercussão para os Trabalhadores

Autores como Dejours e Bègue (2010), Dejours (2012), Seligmann-Silva (2011), Heloani (2010), Sennet (2003; 2006), Chanlat (2011), Gaulejac (2007; 2011), Soboll e Ferraz (2014) entre outros, têm relacionado as situações de sofrimento/adoecimento vividas pelos trabalhadores na atualidade com os novos modelos de gestão, suas metamorfoses e modulações.

Entendo o trabalho como constituidor da identidade do sujeito e como forma de realização no campo social, na medida em que articula a esfera social e a vida privada do trabalhador. Então, utilizo o conceito proposto por Dejours (2004, p. 65), que nos diz que “[...] trabalho é a atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho.” Dessa forma, o trabalho, segundo o autor, é sempre “trabalho de concepção” e “por definição humano”, na medida em que o prescrito nunca é suficiente para dar conta da realidade. É necessário que seja criado, inovado, fazendo uso da inteligência e da capacidade inventiva do trabalhador.

Dejours (2004) parte do pressuposto de que o trabalho deve sempre ser pensado como social. Por essa razão, é fundamental fazer uma breve retomada das transformações que a organização do trabalho vem passando, nos últimos tempos.

Neste cenário, a expansão do neoliberalismo, no final dos anos de 1970, ditou a implementação da reestruturação produtiva, com a privatização acelerada, o enxugamento do estado e a sintonização das políticas fiscais e monetárias com os organismos mundiais de controle de capital.

O neoliberalismo, como elemento imprescindível para a consecução do pós-fordismo, tenta apresentar-se como projeto técnico, apolítico, quando em verdade, é eminentemente político em suas ações e objetivos. Estado mínimo é simplesmente um estado enxuto, que reduz sua intervenção. O que o grande capital verdadeiramente deseja é a canalização dos esforços estatais para a realização de seus próprios escopos (HELOANI, 2010, p. 175).

Para Antunes (1998, p. 1), a crise que se abateu no mundo do trabalho nesse período “[...] afetou tanto a materialidade da classe trabalhadora, a sua forma de ser, quanto a sua esfera mais propriamente subjetiva, política, ideológica, dos valores e do ideário que pautam suas ações e práticas concretas.” A desmontagem dos direitos sociais dos trabalhadores, o combate ao sindicalismo e a exacerbação do individualismo são consequências desse período (ANTUNES, 2006, 2013).

Bauman (2001) refere-se a essa individualização, não como uma escolha, mas como uma fatalidade, como reflexo da organização do trabalho, algo imposto que não tem como ser opcional. A contemporaneidade, esta “modernidade líquida”, segundo o autor, tem como característica uma forma de pensar, uma verdade imposta aos sujeitos, no sentido de que eles são individualmente responsáveis por seus problemas. Então, se não conseguirem se sustentar, neste momento de fluidez e flexibilização das relações (sociais, trabalhistas, econômicas, políticas...), são os únicos culpados. “Na terra da liberdade individual de escolher, a opção de escapar à individualização e de se recusar a participar do jogo da individualização está decididamente fora da jogada.” (BAUMAN, 2001, p. 43).

Fazendo referência ao capitalismo, Bauman (2001) diz que, nos anos de 1960 e 1970, o capitalismo era fortemente contestado, através de greves e manifestações sociais. Ele era visto como um capitalismo sólido, pesado, ou seja, era totalitário, baseado em uma cultura patriarcal rígida, basicamente regida pela política. As

pessoas nasciam, cresciam e morriam, em uma sociedade com valores sólidos, com regras rígidas, mas dispunham de certa segurança. Os trabalhadores, em sua maioria, exerciam suas atividades profissionais em uma só empresa, durante toda a vida.

Nos anos de 1980, o capitalismo ressurgiu, desta vez não sendo mais contestado. Instaurou-se, segundo o autor, a chamada “modernidade líquida”, que, leve, deve ser pensada pelo tempo, e não pelo espaço, pois o líquido não tem forma, está sempre pronto para a mudança. Ele se molda facilmente, sendo basicamente regido pela economia (BAUMAN, 2001). Segundo Harvey (1992), para os trabalhadores, tudo isso implicou uma intensificação dos processos de trabalho e uma aceleração na desqualificação e requalificação, necessárias ao atendimento de novas necessidades do trabalho.

As formas diferenciadas de exploração do trabalhador podem ser observadas historicamente nas organizações do sistema capitalista, conforme apontam Jost, Fernandes e Soboll (2014, p. 48)

O capitalismo compreende diversos ciclos de crescimento e de crise, que são acompanhados de transformações na forma de gestão e organização do trabalho, assim como nas exigências de qualificação e nas formas de controle sobre os trabalhadores.

Contudo, o trabalho não perdeu sua importância. Ao analisar-se a questão do desemprego, por exemplo, percebe-se que é através da falta de trabalho ou da ausência da estabilidade, que o sujeito tem comprometido o seu lugar no social. O comprometimento atinge, principalmente, os suportes sociais, como direitos sociais e reconhecimento.

Para Sennet (2006) e Heloani (2010) as atuais organizações do trabalho têm promovido cada vez mais dependência aos trabalhadores. A manipulação do inconsciente gerada pela competição, pressão contínua, vai construir uma fidelização à empresa para a manutenção do exercício das funções e do próprio trabalho (SENNET, 2003). A empresa então se apropria das “virtudes” dos trabalhadores, como se fosse um produto seu, causando uma subordinação de ordem afetiva, subjetiva e psicológica.

Neste novo modelo de desenvolvimento da produção, a expropriação da capacidade intelectual do trabalhador é tão importante quanto o foi o domínio sobre sua capacidade física no modelo taylorista-fordista-fayolista (HELOANI, 2010, p. 175).

Os aspectos de poder gerencialista buscam captar a *psique* dos trabalhadores para o atingimento dos objetivos da empresa. A gestão de recursos humanos substitui a gestão de pessoal e das relações pessoais, quando a lógica financeira é sobreposta à produção (GAULEJAC, 2007).

De acordo com Gaulejac (2007, p. 35), gestão, nos manuais “[...] é apresentada como um conjunto de técnicas, destinadas a racionalizar e otimizar o funcionamento das organizações”. E completa “A gestão é, definitivamente, um sistema de organização do poder.” (GAULEJAC, 2007, p. 36) Para o autor, este “conjunto” compreende diversos aspectos: as práticas de direção das empresas, os discursos, as técnicas, os processos e os dispositivos. Chanlat (2011, p. 112), completa este pensamento ao dizer que “[...] toda organização produz relações de poder.” E que este poder está na base das relações, dos laços sociais, e que a forma destas relações vai ditar a modalidade da organização.

Seguindo este pensamento, Gaulejac (2007, p. 29) aponta “A gestão não é um mal em si.” É importante e necessário o processo de planejamento, de organização e de racionalização da produção. E estas preocupações são justas na medida em que melhoram a vida das pessoas e as relações, inclusive no trabalho. Mas o que ocorre é que a lógica gerencialista, originada na área privada tem avançado aos setores públicos e a vida da sociedade. Tudo na atualidade tem a ver com práticas gerencialistas e invadiu a vida dos sujeitos controlando as relações sociais.

Ao discutirem as transformações da gestão, Oltramari, Paula e Ferraz (2014), destacam o desenvolvimento de mecanismos de controle sobre o processo e a organização do trabalho, principalmente sua sofisticação. A partir de pesquisas em livros de Recursos Humanos (RH), as autoras organizam quatro fases relativas às atividades do profissional de RH: 1) a fase “Capataz” (antes de 1918) com atividades de selecionar trabalhadores, controlar faltas e efetuar pagamentos; 2) a fase de Chefe de Pessoal (Após a I G.G. até 1950) com as mesmas funções da fase anterior acrescentado do cumprimento das leis trabalhistas; 3) o Gerente de RH (1950 a

1980) acrescentando os Subsistemas de RH e as Relações Sindicais; e a quarta fase de Gerente de RH (a partir de 1980) que aprimora a função adicionando o Desenvolvimento Organizacional. Cabe salientar que em todas as fases a função “controlar o trabalho” está presente, apenas com aprimoramento de suas atividades, já que o crescimento da demanda, uma das justificativas dos manuais para o “enriquecimento” das tarefas de RH é “[...] resultante de inúmeros fatores que aconteceram no processo de trabalho e nas esferas exteriores às empresas propriamente ditas.” (OLTRAMARI; PAULA; FERRAZ, 2014, p.5).

Os profissionais responsáveis pelas áreas de RH como psicólogos e administradores, são convocados a aprimorar ferramentas que aumentem a produtividades e capturem a subjetividade do trabalhador. Como completam Oltramari, Paula e Ferraz (2014, p. 9), sobre a apropriação da subjetividade do trabalhador:

A função de Recursos Humanos tem, portanto, a potência de se apropriar da subjetividade do trabalhador, em especial a partir das suas técnicas bem elaboradas e especializadas no aumento da produtividade e que terminam por alterar os modos dos sujeitos produzirem seus trabalhos de forma genuína.

Gaulejac (2007, p. 41), completa esta constatação “A gestão do pessoal e das relações sociais é substituída pela gestão dos recursos humanos.” Os trabalhadores são um “custo”, e as palavras de ordem são adaptabilidade, flexibilidade e reatividade para o “bom” gerenciamento.

Barreto e Heloani (2014, p. 55) destacam que “A partir da década de 1990, os paradigmas incorporados às Políticas de Recursos Humanos (R.H), alteraram conceitos e valores organizacionais até então utilizados.” Neste período surgem novos métodos de gestão e de organização da produção, como: 5S, 6S, *Just-in-time*, *Kanban*, CCQ, principalmente modelos de empresas japonesas¹⁰. Também é nesta época que os trabalhadores passam a serem denominados de “colaboradores”. (BARRETO; HELOANI, 2014; OLTRAMARI; PAULA; FERRAZ, 2014) “Alimenta-se a

¹⁰ “Durante os anos 70 e 80, diversas técnicas foram importadas do Japão, em diversas ondas, com diferentes ênfases, para diversos países e setores. A primeira onda foi a dos CCQ’s e, quase que em paralelo, a do *kanban/just-in-time*. Posteriormente, diversos outros elementos foram adicionados, como TQC (*Total Quality Control*), *kaizen*, técnica dos 5S’s, TPM (*Total Productive Maintenance*) e outras.” (ALVES, 2010, p. 29).

ilusão de que a mudança de denominação signifique também uma mudança de concepção.” (FARIA, 2014, p. 16).

Para Gaulejac (2011, p. 96), “[...] as modalidades de gestão que atualmente estão sendo introduzidas no mundo do trabalho levam à produção de exigências paradoxais (conflitantes) que engendram um sistema.” Há uma dupla coação que faz com que o sujeito sinta-se subordinado/dominado, por exigências simultaneamente obrigatórias e antagônicas.

Não se trata apenas de uma dominação psicológica em uma relação afetiva, mas de um sistema de dominação organizacional que utiliza o paradoxo como ferramenta de gestão, que leva o conjunto de agentes a aceitar coletivamente modalidades de funcionamento que eles condenam individualmente (GAULEJAC, 2011, p. 86).

Ao mesmo tempo, os modelos atuais propõem a chamada “administração participativa”, utilizando termos como participação coletiva, trabalho em equipe, desenvolvimento de talentos (HELOANI, 2010; OLTRAMARI; PAULA; FERRAZ, 2014). Neste sentido, o que se busca são melhores condições para o aumento da produtividade e que os trabalhadores além de participarem, o façam de acordo com as orientações, com as prescrições dos gestores e que estão contidas nos manuais de RH. Apesar de solicitarem a participação coletiva, os subsistemas de recursos humanos propõem que as ações sejam individualizadas o que demonstra as contradições internas destas políticas.

Segundo Dejours e Bègue (2010, p. 34), há muito tempo que a relação entre organização do trabalho e saúde mental foi estabelecida; o que ocorre nos últimos anos, como as patologias relacionadas ao trabalho que vêm se agravando, “[...] é que a organização do trabalho deve ter mudado substancialmente.” As mudanças nas “ciências da gestão”, como colocam Dejours e Bègue (2010), vão se consolidar nos anos 1990, iniciando a “gestão por objetivos”, onde a produção de valor não seria mais em relação ao trabalho.

Mesmo assim, há resistência a estas mudanças a partir do “trabalho bem feito”, mas a resistência não é suficiente e criam-se novos movimentos para quebrá-la. Ocorre substituição de profissionais experientes, transferem-se tarefas para terceirizadas; somado a isso a flexibilidade, a introdução da precarização generalizada e das demissões.

Para Sennet (2006, p. 72), a flexibilização das relações de trabalho trouxe mais desigualdade e uma “nova geografia do poder”, pois a estrutura das instituições foi desmontada. Até alguns anos atrás se pensava em ganhos de longo prazo, mas agora a estratégia é por ganhos imediatos, por essa razão aponta a perda do prestígio moral da estabilidade do trabalho: “Como em gerações anteriores, o valor atribuído pela maioria ao seu próprio trabalho depende de seus resultados na família e na comunidade.”

Dejours (2012) vai destacar mudanças na organização do trabalho: o privilégio concedido à gestão em detrimento do trabalho e a psicodinâmica do reconhecimento desestabilizada pela gestão e a ruptura do contrato moral. O autor vai apresentar também que a “deterioração da saúde mental”, está ligada à evolução da organização do trabalho e o uso de novas estratégias, como “[...] a avaliação individualizada dos desempenhos, a busca da “qualidade total”, e a terceirização em escala e o uso crescente de trabalhadores *free-lancer*¹¹ em vez do trabalho assalariado.” (DEJOURS, 2012, p.1).

As funções de recursos humanos, ou os subsistemas de RH que foram se desenvolvendo ao longo do tempo, como avaliação de desempenho, remuneração e carreiras, além de outros, sempre fizeram parte do controle sobre o trabalhador e apropriação de sua subjetividade. Principalmente visando o aumento da produtividade e o modo de operar o trabalho. Ao mesmo tempo, essas funções têm sido “disseminadas” a todos os gestores e não apenas a um setor específico de RH nas empresas (BARRETO; HELOANI, 2014; OLTRAMARI; PAULA; FERRAZ, 2014).

Em relação à avaliação individualizada de desempenhos, esta faz uma análise quantitativa do trabalho para chegar aos resultados, não podendo mensurar o empenho psíquico do trabalhador para a sua consecução. Para Sennet (2006, p. 115),

Nas instituições que avaliam disfarçadamente a capacidade, e não o desempenho, ao mesmo tempo em que evitam a devastadora declaração “você não tem potencial”, os destituídos de talento tornam-se invisíveis, simplesmente desaparecem.

¹¹ *Free-lancer* é traduzido como “trabalhador autônomo” (MICHAELIS, 2002).

Conforme Dejours e Bègue (2010), por ser um método de avaliação falso, tende a gerar injustiça, levando à concorrência entre trabalhadores e serviços. Há uma tendência crescente em estimular condutas de deslealdade e desconfiança, colocando em risco a cooperação entre os pares, levando-os inclusive à vigilância do comportamento alheio. Seligmann-Silva (2011, p. 492), também compartilha o mesmo entendimento, na medida em que para a autora o trabalho contemporâneo vive um momento de “[...] inversão de valores éticos e morais; o individualismo, o acirramento de competitividade e o apagamento da confiança e da sensibilidade.”

A avaliação individualizada de desempenhos, o cumprimento de metas “inatingíveis” em busca da qualidade total, leva o trabalhador à realização do trabalho malfeito, fazendo-o “[...] trair a ética profissional, e também a experimentar a traição de si próprio.” (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 52) Para os autores, estas têm sido as principais causas de mal-estar e depressão no trabalho.

As reações defensivas são utilizadas para que o sujeito suporte a violência e conviva com um sistema de gestão do qual deseja ao mesmo tempo se livrar. Muitas vezes o adoecimento e o afastamento do trabalho vai ser a única forma de que o sujeito possa existir de forma objetiva e subjetiva (GAULEJAC, 2011).

Para o entendimento dinâmico das consequências dos modelos de gestão na subjetividade dos trabalhadores, segue-se esta discussão apresentando a perspectiva de uma compreensão clínica com a Clínica do Trabalho.

3.2.2 A Clínica do Trabalho

A Clínica do Trabalho, ou as “Clínicas do Trabalho”, têm como objeto comum a situação de trabalho, a situação do sujeito, o trabalho e o meio (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011). São identificadas quatro clínicas do trabalho: a Clínica da Atividade, a Psicossociologia, a Ergologia e a Psicodinâmica do Trabalho, que serve de fundamento nesta pesquisa. Entre os pressupostos compartilhados nas clínicas citadas estão o interesse pela ação do trabalho; o entendimento sobre o trabalho; a defesa de uma teoria do sujeito e a perspectiva clínica ao sofrimento no trabalho –

vulnerabilização do sujeito e dos coletivos profissionais (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que as clínicas do trabalho dão ênfase em tema de pesquisa e intervenção às diversas formas de mal-estar relacionadas ao trabalho: 1) as patologias da atividade ou patologias da sobrecarga; 2) as patologias da solidão e da indeterminação no trabalho; 3) as patologias associadas aos maus-tratos e à violência no trabalho, e ainda 4) depressões, suicídios e tentativas de suicídios, assim como outras descompensações mentais originárias em situações pós-traumáticas ou não (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011). Algumas destas patologias e situações de sofrimento/adoecimento serão apresentadas neste texto.

Com o lançamento do livro *A loucura do Trabalho*, de Dejours (1992), ao final dos anos de 1980, um forte movimento de discussão sobre a clínica, em *Psicodinâmica do Trabalho*, não parou de evoluir e suscitar muitas discussões, eventos e pesquisas. É o próprio autor que aponta as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e seus consequentes constrangimentos aos trabalhadores, operando profundas transformações na clínica das relações psíquicas do trabalho.

A ampliação das vivências de sofrimento psíquico, e, muitas vezes, o adoecimento em maior escala do que há pelo menos 20 anos atrás, têm demonstrado que as estratégias coletivas de defesa que possuem papel de extrema importância de resistência aos efeitos nocivos da organização do trabalho, estão perdendo espaço para o individualismo e a solidão. No enfrentamento às adversidades, presentes no trabalho, e às condições de vida desestabilizantes, os trabalhadores têm de resistir e novamente estabilizar o que se desorganiza. A partir da habilidade, da inteligência e astúcia, os trabalhadores constroem estratégias defensivas, que permitem a permanência da normalidade. Pois, segundo Dejours (1999), não há passividade, as pessoas se defendem e constroem estratégias específicas no trabalho e, por essa razão, podem não adoecer.

Mas o que ocorre, é que a solidariedade e cooperação tão necessárias ao enfrentamento cotidiano do trabalho, como recursos coletivos para a manutenção da saúde estão desaparecendo. Para que realmente se possa desenvolver o “viver junto”, é preciso atenção e respeito ao outro, o que tem sido substituído pela

competição exacerbada e banalização do sofrimento alheio a partir das mudanças, evoluções e variantes dos modelos de gestão.

Por essas razões, Dejours (2004, p.19), aponta que:

A ação racional no campo da saúde no trabalho exige novos meios de investigação; a pesquisa clínica exige novos métodos, pois é necessário identificar e compreender os processos em causa, os processos em estudo; é necessário conhecer os elos intermediários, caso se queira ter uma oportunidade de agir com eficácia.

No início do percurso das pesquisas, ainda sob a denominação de Psicopatologia do Trabalho, ficava evidente “o conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico”. Na época a preocupação em desenvolver a pesquisa clínica estava voltada para a doença mental; mas a evolução no próprio pesquisar e os questionamentos daí decorrentes foram mudando o foco da análise que passava a questionar a normalidade ao invés do adoecimento. “Normalidade que ocorre, de saída, como equilíbrio instável, fundamentalmente precário, entre o sofrimento e as defesas contra o sofrimento” (DEJOURS, 2004, p. 51). De acordo com Lhuillier (2011), a passagem para a denominação de Psicodinâmica do Trabalho ocorre em 1993, onde permanece o interesse pelo sofrimento no trabalho, mas também pelo prazer.

Segue-se o pensamento de Mendes (2007, p. 65) que diz: “A pesquisa, para a psicodinâmica, está intrinsecamente relacionada à clínica do trabalho”. A escuta e a fala nesta **pesquisa-clínica**¹² visa à expressão do que nem sempre está visível e explícito no processo de trabalho, no trabalhar. A escuta está atenta ao sofrido-vivido no trabalho e a elaboração que é feita pelos trabalhadores, principalmente de forma coletiva, para a superação e modificação de situações danosas provenientes da organização do trabalho.

A Clínica do Trabalho é o espaço em que os sujeitos que executam as rotinas de trabalho em uma organização podem expressar suas impressões, sentimentos e percepções relacionadas aos pares, superiores, subordinados, tarefas realizadas, resultado e sentido do que fazem. A Clínica do Trabalho acolhe as opiniões, impressões e sensações dos trabalhadores em relação a todos os aspectos que fazem parte da vida da organização, identificando fatores que geram sofrimento físico e psíquico e resultam no adoecimento dos indivíduos e na perda de produtividade laboral

¹² Junção e grifo da autora.

– com impactos na organização do trabalho e no ser humano (ARAÚJO, 2013, p. 91).

De acordo com Mendes e Araújo (2011, p. 14), “Ao se utilizar o termo clínica psicodinâmica do trabalho, cria-se uma identidade que busca integrar a ação na clínica”. Complementam o pensamento, na medida em que apontam que o trabalho clínico está baseado em um tripé que envolve o conhecimento teórico- metodológico a prática clínica e aprimoramento profissional (MENDES; ARAÚJO; MERLO, 2011).

Mendes e Araújo (2011), ao descreverem essa clínica, apresentam cinco dispositivos objetivando a qualificação desta: a demanda; a elaboração e perlaboração; a construção de laços afetivos; e a interpretação e a formação clínica. Estes dispositivos são importantes, na medida em que qualificam e colocam o “clínico” em articulação à intervenção realizada. A clínica coloca em questão também o desejo daquele que pratica a pesquisa-clínica, pois está totalmente implicado no contexto sociocultural do trabalho.

Ao falar da Clínica do Trabalho, Seligmann-Silva (2011, p. 494) aponta:

Na clínica do trabalho torna-se esclarecedora uma ótica capaz de identificar as perdas, impedimentos e deformações que atingem e perturbam a vida mental e relacional, empobrecendo a vida afetiva, a perspectiva existencial e a vitalidade. Trata-se, portanto, de identificar o desgaste psíquico no qual também o sentido do trabalho e perdido para quem o realiza [...].

No caso desta pesquisa, o engajamento maior está na Clínica das Patologias (DEJOURS, 2010; MENDES; ARAÚJO, 2011), pois conforme já apontado anteriormente, a investigação se dá no âmbito das situações de violência no trabalho e/ou do adoecimento já instalado. O que também é compartilhado por Mendes e Siqueira (2014, p. 66):

Uma nova demanda surgiu nas práticas brasileiras, de acolher trabalhadores acometidos por patologias do trabalho, adoecidos ou em vias de adoecimento. Diferentemente do preconizado por Dejours (1987), que indica que a demanda demarca o início do processo, deve ser espontânea, partindo do coletivo de trabalho – trabalhadores de um mesmo local – para o pesquisador e a partir daí sendo constantemente explorada e reconstruída.

Os trabalhadores nem sempre procedem do mesmo espaço laboral, pois na maioria das vezes são encaminhados ou buscam atendimento, nestas situações,

individualmente. De acordo com Soboll (2010, p. 358), “Toda doença conta uma história social específica de sua época.” Por isso, afirma-se que as situações atuais de adoecimento mental que levam os trabalhadores ao afastamento de suas atividades dizem respeito à mobilização da subjetividade engendrada pela gestão do trabalho.

Pelo exposto, a seguir a continuidade dos aspectos mais específicos relativos ao sofrimento e adoecimento na atualidade.

3.2.2.1 As Patologias Sociais e da Solidão

Em pesquisa anterior (BOTTEGA, 2009), desenvolvi algumas questões a respeito das vivências de solidão e desamparo dos trabalhadores, que em muitas vezes, são precursoras do adoecimento.

A supremacia do capital impõe uma lógica individualista, a perspectiva de que a vida é “cada um por si”, o que gera medo. Nesse contexto, há intensificação do trabalho e o conseqüente aumento do sofrimento subjetivo (BOTTEGA, 2009, p. 33).

Na prática clínica e de observação verifica-se que não existem espaços abertos e democráticos. Ao contrário, estão presentes condições para a emergência do individualismo, dos comportamentos desleais, intrigas e traições, ou seja, a possibilidade de fazer sofrer e da injustiça entre os pares.

De acordo com Nardi (2004, p. 60), o enfraquecimento da solidariedade “[...] criou as condições para o surgimento de um sujeito que não se sente responsável pelo laço social ou nele implicado.” No mesmo pensamento, Lima e Viana (2006) colocam que a flexibilidade do trabalho, dos grupos e sua instabilidade não permitem que o trabalhador construa laços sociais que impliquem em confiança, lealdade e compromisso. Nesse sentido, a transitoriedade, passando pelas relações de companheirismo e de amizade, intensifica a vivência de desamparo.

Como não é possível construir uma perspectiva de futuro, a perspectiva atual está marcada por ansiedade, angústia e um sentimento de vazio de sentido. O

estímulo ao individualismo exacerbado não permite a construção de vínculos, sejam eles na comunidade ou no trabalho (BOTTEGA, 2009).

Para Sennet (2003), o trabalho, no momento presente, expressa a corrosão das relações, trazendo consigo angústia e um sentimento de estar “à deriva”, onde o único caminho para o sujeito é o da solidão. É possível verificar que as pessoas trabalham juntas, mas não há confiança, unem-se para a realização das tarefas, mas não formam grupalidades. Os trabalhadores vivenciam um sentimento de esvaziamento moral, social, cultural ou político, já que não existe construção partilhada com os demais.

Na atualidade, Dejours (2004) afirma que, vivemos as patologias da solidão. As pessoas deixam de utilizar os espaços públicos, seja para realizarem discussão do seu trabalho ou de qualquer outra questão que diga respeito às suas vidas. Se não há espaço para uma construção do sentido do sofrimento, nas relações sociais, surge o desânimo, a decepção e, conseqüentemente, o desespero. A transformação do sofrimento passa pelo uso da palavra, em um espaço público de discussão.

Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, tem origem a expressão Sofrimento Ético. Trata-se de um “conflito moral e emocional” consigo mesmo:

[...] sendo compreendido como uma vivência de sofrimento experimentada pelo sujeito, quando se submete ou participa de situações (no trabalho) das quais discorda intimamente, agindo de forma contrária a seus valores; quando não consegue enfrentar e confrontar aquilo que considera reprovável e se comporta de forma contraditória em relação a seus princípios morais (VASCONCELOS, 2013, p. 421).

Como condena moralmente seus atos, o sujeito acaba vivenciando insegurança, vergonha, medo e angústia. Por outro lado, esse sofrimento permite ao sujeito indignar-se com o vivido e não banalizar o mal, sendo uma possibilidade de luta pela estabilidade psíquica e pela saúde. Já que “[...] sofrer pelo mal que é infligido a si mesmo e ao outro é um modo de se indignar, de pensar, sentir e agir diante de uma realidade cruel.” (MENDES; ARAÚJO, 2010, p. 94).

O sofrimento ético pode mobilizar o sujeito a agir individual ou coletivamente em relação à violência e injustiça ou pode ser negado, com a banalização inclusive do sofrimento alheio. Na medida em que os trabalhadores não possuem espaço coletivo para falarem sobre o seu trabalho, se não são reconhecidos como aqueles

que podem intervir na organização de suas práticas cotidianas, são levados a um embotamento pessoal. Isso é traduzido pelo silêncio, já que não há o que dizer. São levados a descreditarem da sua potência, como transformadores das adversidades, que sofrem e vivem. Ao mesmo tempo, são induzidos na crença que seu sofrimento é da ordem do individual e, por essa razão, não tem espaço no ambiente coletivo, não conseguindo compartilhar, com outros trabalhadores, os sentimentos e vivências semelhantes. Como consequências o individualismo e a competição no trabalho são saídas para esse sujeito que silencia e não divide as adversidades vividas, com outros trabalhadores (BOTTEGA, 2009).

Mesmo com este movimento social pela competição exacerbada, os trabalhadores que acreditam na mobilização coletiva buscam seus pares para a discussão, mas, como não encontram parceiros, na maioria das vezes, acabam por também silenciar gradativamente. Os sujeitos não encontram solidariedade para suportar as dificuldades coletivamente, já que a falta da solidariedade está também no espaço público. Dessa forma descredita que estão certos, em suas reivindicações, e muitas vezes chegarão ao adoecimento, por descrença em si mesmos.

Nesse sentido, as situações de adoecimento relatadas neste estudo são aquelas provenientes da exposição a situações de violência, conseqüentemente depressões, estado de pânico e fobias, angústias, estresse, assédio moral e tentativa de suicídio, entre outras. Que podem ser denominadas, patologias da solidão (DEJOURS; BÈGUE, 2010), patologias sociais e do silêncio (FERREIRA, 2008).

Seligmann-Silva (2011), ao falar sobre as principais formas de adoecimento mental relacionadas com a violência, aponta que a negligência das organizações e de seus gestores tem sido a base da violência para com os trabalhadores.

A princípio pode ser assinalado que condições indutoras da violência atualmente podem ser encontradas nos dois espaços – trabalho e sociedade -, assim como a inversão de valores éticos e morais: o individualismo, o acirramento de competitividade e o apagamento da confiança e da sensibilidade (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 492).

As patologias da solidão “[...] representam um expressivo risco laboral e de desgaste psicossocial que refletem de modo direto as adversidades no trabalho

associadas ao atual contexto sócio-histórico.” (FERREIRA, 2013 p. 278). Podem também ser denominadas de “patologias do silêncio”, na medida em que trazem a impossibilidade do uso da palavra, da expressão das relações de trabalho. Sem o espaço para a fala e expressão dos sentimentos vividos socialmente e no trabalho o sujeito tende a vivências de isolamento e silenciamento. Apesar de estar num ambiente coletivo o trabalhador vivência a solidão de não poder compartilhar com os pares o vivido no trabalho. Para Mendes (2007, p. 36), a fase atual da psicodinâmica, estuda as patologias sociais “[...] como a banalização do sofrimento, a violência moral e exclusão do trabalho, a servidão voluntária, a hiperaceleração, os distúrbios osteomusculares, a depressão, o alcoolismo e o suicídio [...].”

Segundo Barreto e Heloani (2014, p. 59), “A lógica do gerenciamento, nos dias atuais, é sobrecarregar de trabalho e pressionar moralmente a todos os trabalhadores.” É comum, a criação de um “clima organizacional” de gritos, humilhações, gerando o isolamento e impedimento do trabalhador da execução de suas tarefas, inclusive com a subtração das condições necessárias para a realização do trabalho e a comunicação com os demais colegas.

Nesse sentido, o assédio é usado como instrumento gerencial, tendo a violência como forma de manter o trabalhador submetido e dominado ao que a empresa prescreve, define. Outras situações também são comumente utilizadas, como mudanças de funções e horários sem aviso prévio, controle do uso do banheiro e saídas para situações que não sejam as de trabalho (BARRETO; HELOANI, 2014).

Ninguém é humilhado quando ultrapassa a meta ou quando mantém a saúde perfeita. Então, não existe um assédio que esteja isento dos modos de administrar e de produzir; mesmo que de forma indireta, sempre ocorre uma correlação (BARRETO; HELOANI, 2014 p. 60).

O que se vê no cotidiano, são verdadeiras “perseguições” aos trabalhadores que por ventura não atingem ou não ultrapassam as metas, ou que se manifestam na garantia de melhores condições de trabalho, que exigem que seus direitos trabalhistas sejam mantidos e que desejam fazer seu trabalho dentro de condições mínimas necessárias. As situações assediadoras e de violência no ambiente de trabalho, não são incomuns e sempre existiram, mas as pesquisas acadêmicas e o

estabelecimento de sua relação com a saúde mental foram desenvolvidas no Brasil a partir dos anos 2000 principalmente por Margarida Barreto.

Consoante com essas vivências tem-se as situações de violência psicológica e assédio moral no espaço laboral:

A violência moral nas instituições é também denominada de violência psicológica ou emocional, tirania nas relações, mobbing (Suécia, Inglaterra), 'bulling' (EUA, Reino Unido), "psicoterror laboral ou acoso moral" (Espanha), "harcèlement moral" (França), "jime" (Japão), assédio moral, tortura psicológica ou violência moral, no Brasil. Corresponde a atos que ocorrem durante a jornada de trabalho, que visam a amedrontar, a intimidar, a humilhar, a constranger, a desqualificar, a destruir, a oprimir e a coagir o outro, de forma repetitiva e sistemática. São atos e ações que atingem o coletivo tanto psíquica como moralmente, submetendo-o às regras da empresa (BARRETO; HELOANI, 2014, p. 58-59).

Por isso, é importante, que apesar das diversas conceituações a respeito do assédio moral, se estabeleçam alguns preceitos básicos no entendimento. Aqui será utilizada a definição escolhida por Soboll (2008) e outros autores, que entende a denominação assédio moral, semelhante ao *bullyng* e ao *mobbing*¹³.

[...] na práxis social entendemos que os termos assédio moral, *bullyng* e *mobbing* são expressões de violência psicológica extrema no âmbito do trabalho, diferenciando-se apenas teoricamente, a partir da realidade social, da formação teórica e da prática profissional dos autores (SOBOLL, 2008a, p.27).

Então, para que seja considerado assédio moral no trabalho é necessário que o trabalhador seja exposto de forma repetitiva e prolongada a situações humilhantes e constrangedoras. Isso, no período da jornada de trabalho e durante a realização de suas atividades. Sendo mais comuns as situações envolvendo relação hierárquica, das chefias dirigida a um trabalhador ou grupo de trabalhadores. (BARRETO, 2000) Portanto, assédio moral não é um ato isolado, é necessário que a conduta tenha uma repetição sistemática, uma intencionalidade, direcionalidade, temporalidade e degradação das condições de trabalho.

¹³ *Mobbing* foi utilizado por Heinz Leymann, na Suécia da década de 1980, para descrever a exclusão de forma agressiva de um membro do ambiente de trabalho. *Bullyng* já seria utilizado para comportamentos altamente destrutivos de um grupo de crianças dirigido a uma única criança, muitas vezes com violência física (SOBOLL, 2008).

Vale ainda salientar, segundo Soboll (2008, p. 21) que o assédio moral “Caracteriza-se por sua natureza agressiva, processual, pessoal e mal-intencionada. Pode ter efeito de gestão disciplinar sobre o coletivo, como um resultado secundário e não como propósito final do processo de hostilização.” Entretanto, mesmo que não se configure assédio moral, um ato de humilhação constitui violência psicológica ao trabalhador e pode trazer sérias consequências à sua saúde mental, como anteriormente colocado.

A mesma autora complementa que no Brasil o termo assédio moral é utilizado, equivocadamente, também para agressões pontuais e o assédio organizacional. Mas é importante distinguir que o assédio organizacional “[...] é um processo no qual a violência está inserida nos aparatos, nas estruturas e nas políticas organizacionais ou gerenciais, que são abusivas e inadequadas” (SOBOLL, 2008, p. 21). Ou seja, busca a produtividade e controle de todo o grupo, a partir do gerenciamento. Ainda assim, são condutas abusivas e que ferem a dignidade do trabalhador.

Por outro lado, Barreto e Heloani (2013, p. 59-60), ressaltam:

[...] todo Assédio Moral é organizacional. Não há “assédios” e pensar em classificá-lo para simplificar ou aclarar, é reducionismo ou desconhecimento do mundo concreto do trabalho e suas determinações. Fragmentá-lo nada ajuda no combate desta prática.

Para os autores, supracitados, são a organização do trabalho e as práticas de gestão que constituem formas indignas de tratamento aos trabalhadores. O autoritarismo é a base dos atos de violência nas instituições e os chefes são os “mediadores das políticas de gestão” causadoras de danos à saúde dos trabalhadores e à organização (BARRETO; HELOANI, 2013).

Os “atos limite” ligados ao trabalho, como tentativas de suicídio ou suicídios não são incomuns, porém pouco falados e noticiados. Há uma espécie de pacto silencioso que busca deixar estas situações na esfera privada, o que pouco permite o estabelecimento da relação com o espaço de trabalho se esta não for evidente ou marcada por ação anterior.

O trabalho pode constituir uma das causas do suicídio e, mesmo ser a causa principal. O suicídio é causado por uma dor psíquica: a dor nos serve de sinal; ao mesmo tempo nos mobiliza e enfraquece nossas forças. A pessoa deseja que essa dor pare ou tenta safar-se desse sentimento insuportável. A humilhação, a vergonha, o medo constante, a ansiedade patológica, a tristeza profunda – melancolia – e o sentimento de derrota são – infelizmente – companheiros inseparáveis nesse processo (MERLO; HELOANI, 2013, p. 447).

O sofrimento extremo insuportável vivido por alguns faz com que a única possibilidade seja a de tirar a própria vida. Dessa forma, Merlo e Heloani (2013, p.447) colocam que “A morte é procurada quando a pessoa não vê mais sentido em viver dessa forma, com tanta dor.”

É necessário avançar na discussão sobre trabalho, saúde e sua abordagem clínica para que se possa também avançar no entendimento sobre os acontecimentos vividos com os trabalhadores. Dando continuidade a este panorama, apresenta-se a seguir a política pública para os trabalhadores e trabalhadoras no país para a compreensão das propostas e perspectivas para a área.

3.3 POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

A Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora recentemente regulamentada (Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012), conforme determinação do Ministério da Saúde (2012d) deve ser articulada à Política e ao Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), em todo o âmbito do SUS, além do Ministério do Trabalho e Emprego e da Previdência Social.

A Política possui sete princípios e diretrizes, sete objetivos e seis estratégias, que buscam articular as ações e políticas de saúde nesta área. Abrange a vigilância, a atenção integral, entre outras, presentes em diversas legislações até o momento. A proposta maior é sua concepção de ação transversal, entendendo o trabalho como determinante do processo de saúde-doença.

Nesta concepção, busca desconstruir que o processo de adoecimento seja responsabilidade do trabalhador e não dos modelos de desenvolvimento e/ou

processos produtivos, o que pode ser verificado no acréscimo do princípio da precaução¹⁴, além dos princípios gerais do SUS, detalhado no Anexo I da Portaria. Também reforça ações já existentes desenvolvidas em muitos municípios, compreendendo a necessidade da articulação intersetorial e das atribuições nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Para compreender como se chega ao momento atual de regulação desta política e no advento da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNST), em dezembro de 2014, é importante retomar alguns aspectos que constituem a Política de Saúde do Trabalhador como política pública no Brasil. Vale ressaltar que tal conferência tem como tema central a “Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos e todas e dever do estado” que orientou as discussões em todas as etapas, e como eixo central a implementação da própria política nacional.

A seguir, para conhecimento, um quadro das Conferências anteriores e suas propostas principais. O quadro demonstra além de uma crescente participação de delegados, representantes e convidados, um avanço nas pautas de discussão, assim como, nas proposições principais finais.

Quadro 1 – Participação e propostas principais das Conferências Nacionais em Saúde do Trabalhador no Brasil

continua

Especificação	Conferência		
	1ª CNST (17-23/03 de 1986)	2ª CNST (13-16/03 de 1994)	3ª CNST (24-26/11 de 2005)
Coordenação / instituições	Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, Ministério da Previdência e Ministério da Educação	Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, Central Única dos Trabalhadores (CUT)	Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social

¹⁴ [...] compreende prevenir possíveis agravos à saúde dos trabalhadores causados pela utilização de processos produtivos e tecnologias, uso de substâncias químicas, equipamentos e máquinas entre outros, que mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de risco grave, ou irreversível à saúde requer a implantação de medidas que possam prevenir danos, ou por precaução, a tomada de decisão de que estas tecnologias não devam ser utilizadas (ANEXO I, Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012d)

conclusão

Especificação	Conferência		
	1ª CNST (17-23/03 de 1986)	2ª CNST (13-16/03 de 1994)	3ª CNST (24-26/11 de 2005)
Temário Linhas de Discussão	Saúde como Direito; Reformulação do sistema de saúde e Financiamento do setor 1. Diagnóstico da situação de saúde 2. Novas alternativas de atenção em ST 3. Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST)	Construindo uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador 1. Desenvolvimento, Meio Ambiente e Saúde 2. Cenário da ST em 1986 e 1993 3. Estratégias de avanço na construção da PNST	Trabalhar sim, adoecer não! 1. Políticas de integralidade e intersetorialidade 2. Desenvolvimento sustentável 3. Controle social
Descentralização Conferências Estaduais	20 estados	24 estados	26 unidades federadas
Participantes	526 (app. 700, com os convidados, membros da organização e relatores)	900 participantes	2.100 (app. por dia)
Delegados	399 (100%)	563	1.500
Profissionais ST/ e do Estado	162 (46,0%)	169 (30%)	48,7%
Sindicatos	183 (40%)	377 (67%)	Não registrado
Movimentos Sociais	Não registrado	Não registrado	Não registrado
Professores/ pesquisadores	36 (9%)	Não registrado	Não registrado
Observadores	127	323	Não registrado
Outros	Políticos (3,1%, empresários e 3% de outras categorias)	07 (3%) de empregadores	Trabalhadores informais (11,3%)
Proposições principais			
1ª	Defesa do SUS	Unificação das ações de ST no SUS	Integração entre o MS, MTE e MPS e cobertura universal integrando trabalhadores informais ao sistema
2ª	Fortalecimento do setor público	Superação da dicotomia prevenção/cura	Participação dos trabalhadores nas políticas do MTE e MPS
3ª	Ampla Reforma Sanitária	Processo paritário Estado/ trabalhadores	Implantação Nexo Técnico Epidemiológico pela Previdência para inversão do ônus da prova no estabelecimento do nexos ocupacional

Fonte: Relatórios da 1ª, 2ª e 3ª. Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2009)

A 3ª Conferência contou com 1.241 pré-conferências em municípios, regiões e estados, 1.500 delegados e representantes de 590 municípios, com a maioria de participantes oriunda da economia informal ou de empregados sem vínculo formal de trabalho. Esta CNST foi seguida por um trabalho inédito de devolução das propostas, por meio de oficinas realizadas com o controle social em 22 estados (BRASIL, 2009, p.187).

Como já colocado, em 2002 instituiu-se a Rede Nacional de Atenção Integral (RENAST), pela Portaria MS/GM nº 1679/02, que “Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências”. Entre as atribuições da Rede estão a organização e implantação de ações na rede de Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família (PSF); Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS.

Esta portaria passou por revisões em 2005 e 2009. Entre outros integrantes mantém os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) como centrais na execução, articulação e pactuação das ações intra e intersetorialmente, ressaltando seu objetivo de fornecer subsídios técnicos em seu território de abrangência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com a Política Nacional, cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST:

- I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;
- II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;
- III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (RENAST ONLINE, 2014).

Até o momento, tem-se 210 CEREST no país, sendo 26 estaduais e 184 regionais. Na PNSTT e agenda estratégica do MS foi definido como prioridade fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador, tendo como meta a ampliação dos

CEREST, desenvolvendo ações “com vistas à promoção da saúde e de ambientes de trabalho saudáveis.” (VASCONCELLOS; GOMEZ; MACHADO, 2014).

Em inventário realizado de 2010 a 2011, e publicado em 2013, foi monitorado o estado de implantação e execução de ações da RENAST, com vistas ao alcance dos objetivos da PNST e as Diretrizes de Vigilância em Saúde de Trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Neste, foi solicitada a discriminação de programas e ações sistêmicas estratégicas que os CEREST estão realizando. “Neste inventário foram citadas 369 ações sistemáticas e experiências na Rede, sendo classificadas em uma tipologia de ações por risco, efeito, setor e ações estratégicas, destacando as ações de formação”. (p. 61) Destas, em relação a Programas/projetos “por efeito”, temos um total de 10 (dez) referentes a Transtornos mentais/Saúde mental. No mesmo relatório, dados indicam que as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador estão acontecendo na maioria dos CEREST, entretanto, não se deixa claro quais as características das ações.

Para conhecer um pouco mais das ações realizadas pelos CEREST, fez parte da pesquisa “Proposta para Construção de Rotinas de Atendimento em Saúde Mental e Trabalho em Pacientes Atendidos na rede do Sistema Único de Saúde”, um levantamento investigativo de como estes serviços abordavam a temática sofrimento mental (BITTENCOURT; BELOMÉ; MERLO, 2014). Este levantamento enviou questionários para 173 CEREST e obteve 37 respostas, conforme quadro sistematizado a seguir:

Quadro 2 – Análise das práticas relacionadas ao adoecimento mental e trabalho nos CERESTs

Pergunta	Resposta Sim	Resposta Não	Sem resposta
Unidades que realizam atendimento para estabelecimento donexo-causal (diagnóstico x atividade laborativa)	28	7	2
Unidades que realizam as notificações de saúde mental ao SINAN.	26	10	1
Unidades que apresentam psicólogos ou psiquiatras em sua equipe	25	12	0
Unidades que realizam atendimento terapêutico direto (com psicólogo ou psiquiatra).	19	17	1
Unidades que realizam encaminhamentos de trabalhadores com sofrimento mental á rede SUS.	30	6	1
Unidades que oferecem apoio à equipe responsável pelo tratamento de pacientes com sofrimento mental relacionada ao trabalho na rede SUS.	18	18	1
Unidades que abordam habitualmente a questão do sofrimento mental no trabalho em sua linha trabalho.	23	13	1

Fonte: Bittencourt, Belomé e Merlo (2014)

Os autores também mapearam que serviços possuíam em sua equipe psicólogos ou psiquiatras, e também se faziam atendimento direto em saúde mental. Como resultados, dos 25 serviços que possuíam os profissionais citados, 19 realizavam atendimento terapêutico ou psicoterapêutico direto ao trabalhador (BITTENCOURT; BELOMÉ; MERLO, 2014).

Os CEREST recebem demandas de investigação de alguns setores específicos profissionais de acordo com sua característica regional. Quando existem profissionais da área da saúde mental no serviço, são realizadas, muitas vezes, avaliações psicológicas e, em alguns casos, atendimento psicoterápico. Mas na grande maioria das vezes é feito o acolhimento e o encaminhamento para os CAPS, ou na sua ausência, para profissionais psicólogos e psiquiatras externos ao SUS. O que ocorre é que nem sempre estas ações conseguem compreender o que foi gerador de sofrimento e adoecimento, não agindo, portanto, no estabelecimento de ações de intervenção e/ou prevenção/promoção.

Ao comentarem sobre as dificuldades de investigação dos transtornos mentais relacionais ao trabalho, Amazarray, Câmara e Carlotto (2014, p. 76), acrescentam:

[...] ainda que a RENAST conte com serviços especializados como os CERESTs, grande parte da rede carece das informações necessárias para suspeitar, investigar e encaminhar devidamente os casos de sofrimento psicológico relacionados ao trabalho.

Bittencourt, Belomé e Merlo (2014), consideram que há dificuldades no reconhecimento da inter-relação “saúde mental e trabalho” para os profissionais da saúde, mesmo para os que atuam no CEREST, na medida em que há, pelos dados, certa desarticulação entre os centros de referência e os serviços do SUS que poderiam receber e atender os trabalhadores.

Portanto, ainda percebe-se o funcionamento dos CERESTs como espaços isolados na área da saúde. A ideia de uma rede integrada proposta pela RENAST ainda não atingiu a sua forma plena e isso dificultava o esforço para a construção da integralidade dos serviços do sistema de saúde (BITTENCOURT; BELOMÉ; MERLO, 2014, p. 241).

De acordo com o previsto na Política, o CEREST necessita desenvolver e aprimorar as ações para as quais foi criado, ou seja, promover ações para melhorar

as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância. As ações de suporte técnico, apoio matricial e de articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador deixam clara sua importância também para a discussão e disseminação do cuidado da saúde mental dos trabalhadores. Por essa razão, as questões relativas à saúde mental podem estar presentes no processo de vigilância conforme previsto em suas atribuições.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa apresenta uma abordagem qualitativa que compreende as relações e atividades humanas, vividas no cotidiano do trabalho, ao mesmo tempo em que faz uso de um instrumento quantitativo para complementar e relacionar os aspectos encontrados em relação aos atendimentos.

Parto do pressuposto que o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, e que a metodologia em pesquisa social só pode ser pensada como a articulação entre conteúdos, pensamentos e existência (MINAYO, 2010). Na investigação qualitativa, o material principal é a palavra, que expressa todas as relações sociais e suas mudanças, onde estão presentes valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões dos sujeitos.

Minayo (2010) apresenta o conceito de Metodologia de forma “abrangente e concomitante”:

a) como a discussão epistemológica sobre o ‘caminho do pensamento’ que o tema ou o objeto de investigação requer; b) como a representação adequada e justificada dos *métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos* que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação; c) e como o que denominei ‘criatividade do pesquisador’, ou seja, a sua marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações científicas (MINAYO, 2010, p. 44).

A criatividade do pesquisador seria algo baseado em sua experiência de ordem pessoal e subjetiva. Em seu acúmulo teórico e comprometimento com o que pesquisa, em sua capacidade de análise e síntese, que o diferencia em suas indagações e considerações em relação ao pesquisado.

Para Minayo (2010), os cientistas sociais que trabalham com a abordagem qualitativa têm tido como desafios o desenvolvimento de métodos e técnicas para expressar o nível de intensidade das relações sociais. “O material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos.” (MINAYO; SANCHES, 1993, p.101).

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010, p. 57).

O método qualitativo então permite construir novas abordagens, investigar situações pouco conhecidas e criar novas possibilidades durante o próprio processo investigatório. Pois sua maior importância é o conhecimento sobre a realidade social.

Ao falar das práticas dos profissionais da psicologia, Ruiz (1999, p. 99) comenta que muitos buscam “[...] interferir nos processos sociais e políticos que determinam relações de dominação e opressão.” Para o autor essas práticas devem intervir na realidade concreta, questionando e compreendendo processos individuais/coletivos, privilegiando a construção de conhecimento sobre a subjetividade.

Para continuar especificamente na discussão sobre pesquisa no cotidiano do trabalho, segue-se com a proposta de pesquisa em Clínica do Trabalho.

4.1 A PESQUISA EM CLÍNICA DO TRABALHO

O saber e a experiência na clínica do trabalho são inseparáveis “Trata-se, ao mesmo tempo, de compreender para transformar e de transformar para compreender, o que inscreve a clínica do trabalho numa perspectiva de pesquisa-ação.” (LHUILIER, 2014, p. 8). Os clínicos do trabalho, assim como outros profissionais, são chamados para adaptarem os trabalhadores ao que exige o trabalho, ao invés de transformá-lo. Em raras vezes se promove discussão e crítica.

Quanto à discussão de métodos de pesquisa e intervenção em Psicologia do Trabalho, para Bendassolli e Soboll (2014, p. 3) as clínicas do trabalho defendem uma

[...] produção de saberes apoiada na prática, que esteja em sintonia com a transformação das situações de trabalho, a potencialização do agir do sujeito em sua atividade, o desbloqueio dos impedimentos dessa atividade e a melhoria da vida do trabalhador.

O conhecimento se produz na “interação, na intersubjetividade.” Ou seja, há um encontro entre pesquisador e pesquisado, onde se produz o conhecimento. Há uma intencionalidade na potencialização do sujeito trabalhador, pois a ação do trabalho “[...] desvela a construção de formas de vida, de sociabilidades, de subjetividades”. O pesquisador possui um “[...] esquema básico de referencia, mas este não se impõe à realidade de forma apriorística.” (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2014, p. 20-21).

Portanto, é no processo de investigação que há a produção de conhecimento, pois o pesquisador investiga o cotidiano, junto aos trabalhadores que possuem um saber prático. O processo intersubjetivo possibilita, assim, a co-construção de conhecimento para elaborar soluções para os problemas advindos do trabalho.

Ao mesmo tempo, reafirma-se a importância da pesquisa, no sentido de uma prática investigativa, problematizadora, crítica. Em suma, teoria como função generativa, prática com saber autônomo, pesquisador-profissional como integrado em um mesmo personagem, e o trabalhador como protagonista e destinatário de todo o conhecimento produzido – eis aí as bases das clínicas do trabalho (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2014, p. 22).

As pesquisas em clínica do trabalho se orientam a partir da concepção de uma sociedade justa – para todos, e pela ética da prática. Por isso, em suas intervenções são trabalhados estudos de caso, histórias de vida, a articulações com teorias e conceitos distintos como psicologia, sociologia, ciência política, ao invés de levantamentos e representações numéricas da realidade. Busca-se a partir de formas discursivas, construir ou reconstruir o real do trabalho qualitativamente. Nesse sentido, cabe a constatação de Bendassolli e Soboll (2014, p.24):

Nas clínicas do trabalho, a metodologia é entendida como um processo interativo e generativo. Uma vez que o desenho metodológico aproxima-se muito da pesquisa-ação ou pesquisa-intervenção, as técnicas, procedimentos e instrumentos estão frequentemente abertos a reformulações baseadas no *feedback* dos atores envolvidos.

A clínica do trabalho realiza intervenção em situações vividas de trabalho, para levar os trabalhadores a refletirem ativamente sobre a sua prática profissional, podendo reformulá-la (DEJOURS, 2004). A clínica do trabalho desenvolve o campo da saúde mental e trabalho, intervindo em situações concretas, pois a compreensão

dos processos psíquicos envolvidos e a formulação de teoria e metodologia, acontecem num deslocamento e retorno constantes ao campo de trabalho.

No caso das pesquisas brasileiras, conforme Mendes e Siqueira (2014, p. 66), há “uma reinstrumentalização da clínica em Psicodinâmica do Trabalho”. Segundo os autores há um deslizamento do “pesquisador-clínico para o clínico-pesquisador”, na medida em que se constitui uma modalidade de escuta diferenciada para o sofrimento e adoecimento no contexto de trabalho atual.

Nesse sentido, a proposta metodológica desta pesquisa é uma construção a partir da realidade vivenciada, nas situações de adoecimento e atenção à saúde mental e trabalho estando em consonância com o problema estudado. Por isso, utiliza-se de entrevistas individuais e um instrumento complementar, o *Self-Reporting Questionnaire*, SRQ-20 e da Clínica Psicodinâmica do Trabalho, proposta por Dejours (1992, 2004) para sua discussão e análise.

4.2 PERCURSO NESTA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi qualificado em janeiro de 2013, inserido para avaliação na Plataforma Brasil e no site específico do Hospital de Clínicas no mês de fevereiro. O parecer final foi dado em abril após o encaminhamento de algumas questões do Comitê e modificações feitas ao projeto (ANEXO B e C).

A partir daí, em maio de 2013 foram realizadas reuniões no Ambulatório do HCPA, com o professor responsável, médico contratado, e com os residentes do serviço. Vale ressaltar que os residentes presentes nas discussões iniciais já não eram os mesmos, na medida em que passam por mais de um serviço durante o período da formação. Também foram feitas reuniões com as psicólogas do trabalho vinculadas ao Serviço de Medicina Ocupacional do hospital.

Com estes grupos foram esclarecidos os objetivos do trabalho e discutida a abordagem feita ao trabalhador/a para encaminhamento à agenda de pesquisa. Além disso, participei inicialmente, de atendimentos e discussão de casos feitos no Ambulatório para encaminhamento ou não do trabalhador à agenda supracitada. Ao final do mês de junho a equipe do Ambulatório organizou lista com indicação de seis

trabalhadores, alguns destes já tendo sido atendidos há mais tempo, mas sendo considerados casos importantes de acordo com a pesquisa.

Em agosto iniciaram as entrevistas propriamente ditas, sendo que para uso de sala nas dependências do Centro de Pesquisa são solicitados 45 dias de antecedência para liberação da agenda inicial. A agenda foi liberada às quintas-feiras, das 11h às 18h; com cada entrevista de 2 horas (em média), ou seja, 03 entrevistas por dia. Havia ainda a possibilidade de outro dia para atendimento, desde que verificada a disponibilidade de sala.

A marcação da agenda com nome e número do prontuário era encaminhada para as responsáveis por e-mail com pelo menos 48 horas de antecedência. No dia do atendimento, uma sala do ambulatório era destinada.

O médico contratado do serviço junto com os residentes encaminhava o nome e o número do prontuário dos pacientes, discutindo brevemente o caso comigo sempre que possível, e então, estes eram contatados por telefone. Dos inicialmente indicados, três não foram encontrados, pois os telefones de contato não eram mais os mesmos.

4.2.1 Primeira Parada Avaliativa

De agosto a outubro foram entrevistados 5 trabalhadores, 4 mulheres e 1 homem. Duas entrevistas foram realizadas em dois dias, devido situação específica. Uma trabalhadora chegou atrasada na entrevista e se dispôs a voltar em outro momento para a continuidade. Um trabalhador estava ansioso, com “ideias suicidas”, sem atendimento de ordem psicoterápica e sem avaliação psíquica, sendo solicitada agenda para encaminhamento à psiquiatria. Foi marcado novo encontro e encaminhado à zona 12¹⁵ para consulta extra. O usuário só retornou após 20 dias, pois sem trabalho não tinha dinheiro para deslocamento (foi sugerido encaminhamento para psiquiatria, com laudo para o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e encaminhamento para serviço social do hospital). Pela

¹⁵ Zona 12 é uma das áreas de atendimento ambulatorial do hospital onde os usuários eram inicialmente agendados no Ambulatório de Doenças do Trabalho (ADT).

dificuldade do trabalhador, mantive contato telefônico com ele e familiar que estava acompanhando.

Algumas entrevistas neste período tiveram que ser remarçadas, pois os trabalhadores não puderam comparecer. Mas todos avisaram e se dispuseram à nova marcação.

Neste momento, foi feita uma primeira avaliação do andamento da pesquisa com os integrantes do grupo de pesquisa e orientador. O meu entendimento compartilhado com os demais, foi o de que o roteiro de entrevista organizado se apresentou como um guia importante para a entrevista. Mesmo não preenchendo todos os campos, ou direcionando as questões, praticamente todas foram respondidas com a fala do trabalhador/a sobre a situação que fez com que chegasse ao serviço. Outro aspecto é que a aplicação do SRQ-20 se constituiu como um disparador para o início da entrevista, na medida em que os trabalhadores perguntavam sobre as questões e já as comentavam durante o preenchimento.

Estas entrevistas iniciais não foram gravadas, o que fez com que importante material das falas ficasse parcialmente perdido visto que não era possível relatar posteriormente ou durante a entrevista todas as falas. Por sugestão do grupo, optei por gravar as entrevistas seguintes com a devida prévia autorização do/a trabalhador/a.

Outra questão que discuti com o grupo foi a de que as indicações provenientes dos atendimentos do ambulatório, neste ritmo, não seriam suficientes para o número de entrevistas estimada ou desejada inicialmente. Assim, duas colegas psicólogas do grupo encaminharam trabalhadores que faziam acompanhamento com elas, em sindicatos ou no serviço de atendimento de uma instituição hospitalar e que já eram usuários do HCPA.

4.3 A METODOLOGIA DESTA PESQUISA

A Clínica do Trabalho busca a compreensão dos aspectos psíquicos e subjetividade, mobilizados nas relações de trabalho, e sua organização. Com esses

pressupostos acredito ser possível construir respostas ao problema de pesquisa e os objetivos.

Para o alcance dos objetivos, a proposta consistiu na realização de um estudo qualitativo com o uso complementar de um instrumento quantitativo, que visam investigar um fenômeno comum vivenciado pelos participantes, o relato de sofrimento e possível adoecimento vivido pelos trabalhadores.

O processo foi realizado em momentos distintos:

- a) escolha dos participantes;
- b) entrevista com os participantes escolhidos anteriormente;
- c) encaminhamentos e acompanhamento.

a) Escolha dos participantes:

Os participantes foram escolhidos, entre aqueles trabalhadores e trabalhadoras que buscam o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), mais especificamente o Ambulatório de Doenças do Trabalho (ADT).

No atendimento inicial, feito por médicos e /ou residentes, os usuários-trabalhadores, foram submetidos a algumas questões, incluídas na anamnese de rotina do Ambulatório. E o profissional marcou um retorno para a agenda de pesquisa ou não, de acordo com as respostas obtidas, ou ainda discutiu o caso com a pesquisadora.

As questões selecionadas para o atendimento médico dizem respeito ao grupo do SRQ-20 relativos ao “Decréscimo de energia vital”, por serem aquelas consideradas como expressivas do trabalho. São as questões: *Você se cansa com facilidade?; Tem dificuldade em tomar decisão?; Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?; O seu trabalho traz sofrimento?; Sente-se cansado todo o tempo?; Tem dificuldade de pensar claramente?*

As questões buscam verificar, inicialmente, indícios de adoecimento relacionado ao trabalho. Mas caso a queixa principal do atendimento já fosse esta ou o médico/residente verificasse a situação de sofrimento/adoecimento psíquico, o

encaminhamento seria para a agenda de pesquisa, sem que necessariamente fossem feitas as questões acima relacionadas.

b) Entrevista com os participantes escolhidos anteriormente:

Os usuários-trabalhadores selecionados previamente foram informados sobre os objetivos da presente pesquisa, e antes de serem atendidos optaram pela participação, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A).

c) Encaminhamentos dos casos e acompanhamento das situações:

O Ambulatório já trabalha com rotinas e encaminhamentos feitos cotidianamente. Quando necessário, a situação do atendimento foi discutida, da mesma forma que verificada a necessidade de permanência de acompanhamento no Ambulatório, ou de encaminhamento para outra especialidade, como a psiquiatria, por exemplo, ou ainda retorno para o serviço de origem caso o trabalhador tivesse referência.

4.3.1 As Entrevistas – Um Roteiro Para Ser Utilizado Sem Ser Fechado

A partir do aceite, o usuário-trabalhador participou de uma entrevista individual. O instrumento foi usado como roteiro de entrevista, permitindo flexibilidade na ordem das perguntas, o relato de situações que tenham vivido ou outras informações que foram consideradas importantes. Este instrumento foi baseado inicialmente em alguns já existentes, conforme segue.

- a)** Lista de práticas organizacionais potencialmente patogênicas e Metodologia de entrevista com o possível assediado. (*Liste des pratiques organisationnelles potentiellement pathogènes et Methodologie de*

l'entretien avec Le harcelé présumé), utilizado por Pez  (2010), em sua atua o clínica na Fran a¹⁶.

- b)** Investiga o da rela o causal com o trabalho – caracteriza o das cargas de trabalho envolvidas (MOURA NETO, 2014, 2008), e Protocolo de Investiga o de agravos   saúde mental relacionados ao trabalho¹⁷.
- c)** Roteiro de entrevista sugerido por Mendes (2007, p. 69-72), sistematizado para este projeto a partir da compreensão da autora.
- d)** Protocolo para Investiga o do nexo causal dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho sugerido por Camargo, Caetano e Guimarães (2010, p.124), organizado de acordo com a autora.

A entrevista privilegia a visão sobre o sofrimento e adoecimento em rela o ao trabalho e o que pode ser feito para seu enfrentamento. As questões dizem respeito ao cotidiano de trabalho, os fatores pessoais e organizacionais, sem objetivar especificamente as características individuais e história de vida. De acordo com Mendes (2007, p. 69),

[...] define-se a entrevista como uma técnica de coletar dados, centrada na rela o pesquisadores-pesquisados e na fala-escuta-fala dos conteúdos manifestos e latentes, sobre a organiza o do trabalho, as vivências de prazer-sofrimento, as media es, e os processos de subjetiva o e de saúde-adoecimento.

O roteiro de entrevista organizado conta com uma primeira parte de informa es gerais do entrevistado, passando logo para o histórico do trabalho e queixa, depois a história de situa o de saúde e história de vida pessoal, totalizando 36 questões, além das informa es iniciais. (APÊNDICE B).

As entrevistas foram realizadas com dura o média de uma hora e trinta minutos a duas horas.

¹⁶ Estes documentos foram compilados e traduzidos pelo Prof.  lvaro Merlo em um único documento para utiliza o no Ambulatório de Doenças do Trabalho.

¹⁷ Ambos os instrumentos organizados e utilizados por Francisco Drumond Marcondes de Moura Neto, Médico Psiquiatra, Coordenador da  rea Técnica de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

4.3.2 O Uso do SRQ-20 – Complementaridade

O SRQ-20 é um instrumento utilizado para rastreamento psiquiátrico, sendo indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para uso de apoio diagnóstico principalmente nos serviços de atenção básica. Tem sido utilizado na detecção para transtornos mentais não psicóticos, sempre como complemento ao processo diagnóstico com entrevistas e avaliação em saúde mental (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

Contêm na versão brasileira 20 questões, sendo que as respostas são tipo sim/não, podendo ser aplicado ou auto-respondido. Cada resposta sim, é considerada 1 (um) ponto no valor total, sendo relacionado o valor final para 0 (nenhuma probabilidade) até 20 (extrema probabilidade) em relação à possibilidade de ocorrência de transtorno mental. O ponto de corte utilizado tem sido o de 7/8 respostas positivas (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

As 20 questões estão distribuídas em quatro grupos de sintomas para análise: Humor depressivo-ansioso (4 questões), Sintomas somáticos (6), Decréscimo de energia vital (6) e Pensamentos depressivos(4), conforme quadro a seguir.

Quadro 3 - Itens do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) por quatro grupos de sintomas

Grupo de sintomas	Questões do SRQ-20
Humor depressivo-ansioso	Sente-se Nervoso, tenso ou preocupado? Assusta-se com facilidade? Sente-se triste ultimamente? Você chora mais que de costume?
Sintomas somáticos	Tem dores de cabeça frequentes? Você dorme mal? Você sente desconforto estomacal? Você tem má digestão Você tem falta de apetite? Tem tremores nas mãos?
Decréscimo de Energia Vital	Você se cansa com facilidade? Tem dificuldade de tomar decisão? Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas? O seu trabalho traz sofrimento? Sente-se cansado todo o tempo? Tem dificuldade de pensar claramente?
Pensamentos Depressivos	Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida? Tem perdido o interesse pelas coisas? Tem pensado em dar fim à sua vida? Sente-se inútil em sua vida?

Fonte: Santos, Araujo e Oliveira (2009, p. 216)

O SRQ-20 (ANEXO A) foi entregue para ser respondido logo após a apresentação dos objetivos da pesquisa, esclarecimentos iniciais e assinatura do Termo de Consentimento. Seu uso, além de considerar a proposta do instrumento, serviu para que a entrevista tivesse início, na medida em que o/a trabalhador/a já começava a relatar sua história durante o preenchimento, ou falava que em determinado momento se sentia daquela forma ou não. O preenchimento foi um disparador para abordagem de algumas questões, como, por exemplo, sentir-se uma pessoa inútil e/ou ter pensado em acabar com a própria vida.

4.4 DESCRIÇÃO DO CAMPO

O Ambulatório de Doenças do Trabalho (ADT) foi inaugurado em 1988 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e hoje se encontra vinculado ao Serviço de Medicina Ocupacional (SMO). O Ambulatório constitui-se, atualmente, em uma importante referência com relação ao atendimento em doenças ocupacionais, em pesquisa e na formação de recursos humanos (residência médica, estágios para alunos de graduação e pós-graduação), no estado do Rio Grande do Sul.

De acordo com Merlo (2011), o ADT é voltado ao atendimento de pacientes externos ao HCPA, sendo encaminhados pela rede básica de saúde, atendendo em média 50 trabalhadores por semana.

Quando foi criado, havia uma demanda muito forte do Sindicato dos Trabalhadores de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul para que houvesse um serviço independente que pudesse diagnosticar e tratar as LER/DORT¹⁸, que na época eram uma epidemia na categoria, principalmente em função das atividades de preparo de dados e digitação, que empregava muitos trabalhadores na época. Essa demanda sindical ajudou a definir muito o perfil do atendimento que é feito no ambulatório até hoje (MERLO, 2011, p.30).

¹⁸ LER/DORT – Lesões por Esforço Repetitivo/ Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho.

O serviço de Medicina Ocupacional do HCPA¹⁹ atende as ações relacionadas à saúde ocupacional nos seus diferentes seguimentos de atividades. Nas suas ações estratégicas encontramos envolvimento com o Ensino, Pesquisa e Assistência em saúde.

A equipe de trabalho tem seu foco de atuação em ações de Prevenção e Promoção de Saúde, com projetos que visam melhores condições de vida no trabalho, através de estratégias de capacitação continuada e monitoramento do impacto do trabalho na qualidade de vida dos profissionais tanto da área da saúde como de outros segmentos profissionais.

Esse serviço integra as unidades:

- a) SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho):** conta com uma equipe de 4 profissionais médicos, 1 enfermeira do Trabalho, 1 Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, 2 Engenheiros de Segurança do Trabalho e 8 Técnicos de segurança do Trabalho; 2 Psicólogas e 1 Assistente Social;
- b) Unidade de Saúde dos Funcionários:** conta com uma equipe de 8 médicos em Medicina Interna, 1 médica Ginecologista, 1 médico Ortopedista, 1 médica Otorrinolaringologista, 2 professores de Educação Física, 1 enfermeira Assistencial, 4 Auxiliares de Enfermagem;
- c) Ambulatório de Doenças do Trabalho:** conta com uma equipe com 3 professores e 4 residentes.

Segundo Merlo (2011), durante estes anos de existência, houve uma mudança no perfil dos diagnósticos apresentados, as LER/DORT, as intoxicações por mercúrio e chumbo, e pneumoconiose, têm dado espaço para casos de sofrimento psíquico no trabalho. “Porém o que vimos aparecer em 2010 foram casos de sofrimento psíquico provocado pelo trabalho, onde não havia uma patologia somática prévia nem associada.” (MERLO, 2011, p. 31).

¹⁹ Informações do site do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Serviço de Medicina Ocupacional (HCPA, 2012b).

4.5 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

A elaboração foi feita da seguinte forma:

- a)** levantamento do SRQ-20 realizado em planilha do Excel e transformado em gráficos para melhor visualização;
- b)** escrita de entrevistas que não foram gravadas (1º momento da pesquisa), transcrição das gravações realizadas, leitura e releitura do material transcrito e preparação dos relatos;
- c)** leitura do referencial teórico e do material organizado, estabelecendo o que é relevante em ambos para a organização dos comentários verbais²⁰/apontamentos e relação do que foi considerado relevante, com os objetivos da pesquisa;
- d)** apresentação das falas dos trabalhadores, que foram transcritas de forma literal;
- e)** estabelecimento da articulação entre o material organizado e a teoria apresentada.

²⁰ Opto pelo uso dessa denominação na medida em que os comentários verbais dos trabalhadores são o que nos interessa conhecer (DEJOURS, 2004).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresento a análise e discussão do material, que aconteceram em articulação entre as entrevistas, o levantamento do SRQ-20 e a contextualização teórica apresentada neste trabalho.

5.1 QUEM SÃO OS/AS TRABALHADORES/AS

Foram entrevistados 24 trabalhadores/as, num período de sete meses. Durante este período, aconteceram as festas de final de ano, um intenso calor na cidade e greve dos trabalhadores do transporte urbano em Porto Alegre, que fizeram com que entrevistas tivessem que ser adiadas e/ou remarcadas, pois alguns trabalhadores estavam sem receber o benefício do INSS ou estavam recebendo valores inferiores ao recebido quando em atividade, o que dificultava o deslocamento.

Importante destacar que todas as pessoas contatadas quiseram participar da pesquisa, apesar de dificuldades muitas vezes de locomoção ou financeiras. Nenhuma pessoa deixou de comparecer sem avisar, indicando um comprometimento com a temática e uma necessidade de falar sobre os episódios acontecidos no trabalho.

Da lista de trabalhadores indicados pelo Ambulatório, alguns não foram encontrados, por mudança de telefone ou de cidade. Do total, cinco ficaram para marcação ao final, mas tinham dificuldades e medo de saírem do trabalho, por já se encontrarem em uma situação de instabilidade em relação à sua permanência no emprego, ou por saírem muito devido aos problemas de saúde. A opção foi conversar com estas pessoas por telefone, em agradecimento a sua disponibilidade, e mesmo assim escutá-las apesar de não ser considerada uma entrevista.

Além dos atendimentos realizados no Centro de Pesquisa, foram feitas entrevistas em sala do laboratório de pesquisa na universidade, visto que para alguns os horários disponibilizados não eram adequados às suas necessidades.

Durante o período de entrevistas foram feitas reuniões com a Equipe do Ambulatório do HCPA, discussão de casos, discussão para elaboração de laudos, e atendimentos conjuntos, além de participação em seminário de formação. Também foi feita discussão com o grupo do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho (LPdT/UFRGS).

5.1.1 Quadro Demonstrativo das Entrevistas

Dos 24 participantes, quatro são homens. Apenas seis em relação ao total estavam trabalhando no momento, estas eram todas mulheres. Ao todo, 16 moram em Porto Alegre, e os demais na região Metropolitana, considerando as cidades de Alvorada, São Leopoldo, Gravataí, Viamão e Canoas.

Todos os participantes, já estiveram em Licença Saúde (LS) anteriormente por questões relacionadas ao trabalho, mesmo os que estavam em atividade no momento.

A seguir quadro com dados dos entrevistados, incluindo sexo, idade, escolaridade, atividade e área de trabalho, bem como a situação atual: em atividade ou em licença. Os nomes foram substituídos por números.

Quadro 4 - Demonstrativo dos trabalhadores/trabalhadoras entrevistados

	Sexo	Idade	Escolaridade	Atividade/ Área trabalho	Ativo ou Licença
1.	F	39	Nível médio	Cartazista / Comércio	LS - INSS
2.	F	41	Nível médio + técnico	Tec. Nutrição / Educação	LS
3.	F	48	Nível médio	Aux. Serviços gerais / Saúde	Ativo
4.	M	27	Nível médio incompleto	Segurança Patrimonial	LS - INSS
5.	F	58	Superior Compl.	Recepcionista / Saúde	Ativo
6.	F	38	Ensino Fund.	Costureira / Indústria	LS
7.	F	43	Nível médio	Técnica enfermagem	LS
8.	F	36	Nível médio	Atendente de nutrição	Ativo
9.	F	36	Nível médio	Atendente de nutrição	LS
10.	F	34	Superior incompleto	Assistente adm. / Saúde	LS
11.	F	43	Superior compl.	Educadora social	LS - INSS
12.	M	42	Nível médio	Técnico enfermagem	LS - INSS
13.	F	50	Nível médio	Aux. Serviços gerais / Saúde	LS
14.	F	28	Nível médio	Educadora assistente	Ativo
15.	F	40	Nível médio	Instrumentadora cirúrgica	LS
16.	M	37	Nível médio	Aux. Serviços gerais / Saúde	Demitido / em tramitação judicial
17.	F	34	Nível médio	Costureira / Saúde	LS - INSS
18.	M	33	Nível médio	Mecânico / Indústria	LS - INSS
19.	F	51	Nível médio + técnico	Cozinheira / Indústria	LS- INSS
20.	F	51	Nível médio	Assistente adm. / Indústria	LS - INSS
21.	F	45	Superior incompleto	Prático de laboratório	Ativo
22.	F	51	Nível médio	Auxiliar de enfermagem	Ativo
23.	F	40	Nível médio	Auxiliar de enfermagem	LS
24.	F	42	Nível médio	Auxiliar de enfermagem	LS

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas realizadas (2014)

5.1.2 Levantamento do SRQ- 20

Dos entrevistados, 21 apresentaram um número de respostas positivas acima de sete (7). Apenas um entrevistado não marcou resposta positiva para as questões. Importante ressaltar, que 20 marcaram mais de dez respostas positivas, um resultado muito significativo que será explorado na análise e discussão.

A seguir um quadro com as respostas positivas do SRQ-20 respondido pelos entrevistados, além de gráficos representando o conjunto de respostas e o grupo “decréscimo de energia vital”. Algumas questões específicas serão analisadas conjuntamente aos comentários verbais das entrevistas.

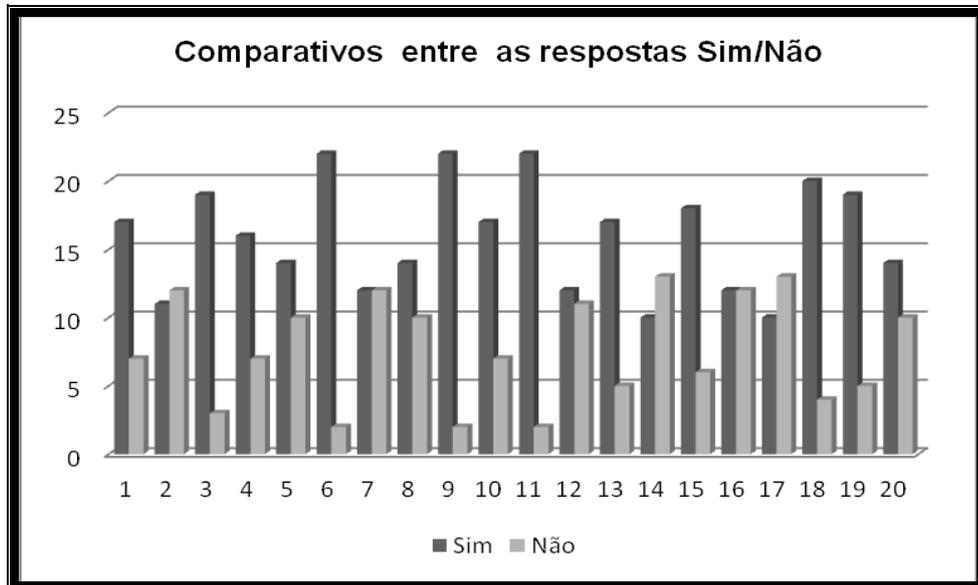
Quadro 5 - Demonstrativo dos entrevistados com respostas positivas do SRQ-20

	Sexo	Idade	Resultado SRQ-20
1.	F	39	16
2.	F	41	15
3.	F	48	0
4.	M	27	17
5.	F	58	02
6.	F	38	16
7.	F	43	19
8.	F	36	15
9.	F	36	11
10.	F	34	17
11.	F	43	11
12.	M	42	17
13.	F	50	15
14.	F	28	06
15.	F	40	18
16.	M	37	17
17.	F	34	11
18.	M	33	18
19.	F	51	14
20.	F	51	13
21.	F	45	16
22.	F	51	11
23.	F	40	10
24.	F	42	12

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas realizadas (2014)

No gráfico 1 a representação das respostas sim/não dadas pelos entrevistados.

Gráfico 1 - Respostas dos 24 entrevistados ao SRQ-20



Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas realizadas (2014)

No gráfico 2, temos a avaliação do número de respostas positivas dadas pelos entrevistados, lembrando que o ponto de corte utilizado tem sido entre 7 e 8 respostas positivas para a provável ocorrência de transtorno mental ou distúrbios psiquiátricos menores. Conforme a representação, 88%, ou seja, 21 dos entrevistados apresentaram 08 ou mais respostas positivas; 4%, tiveram 6 ou 7 respostas Sim e 8% pontuaram 5 respostas positivas ou abaixo disto.

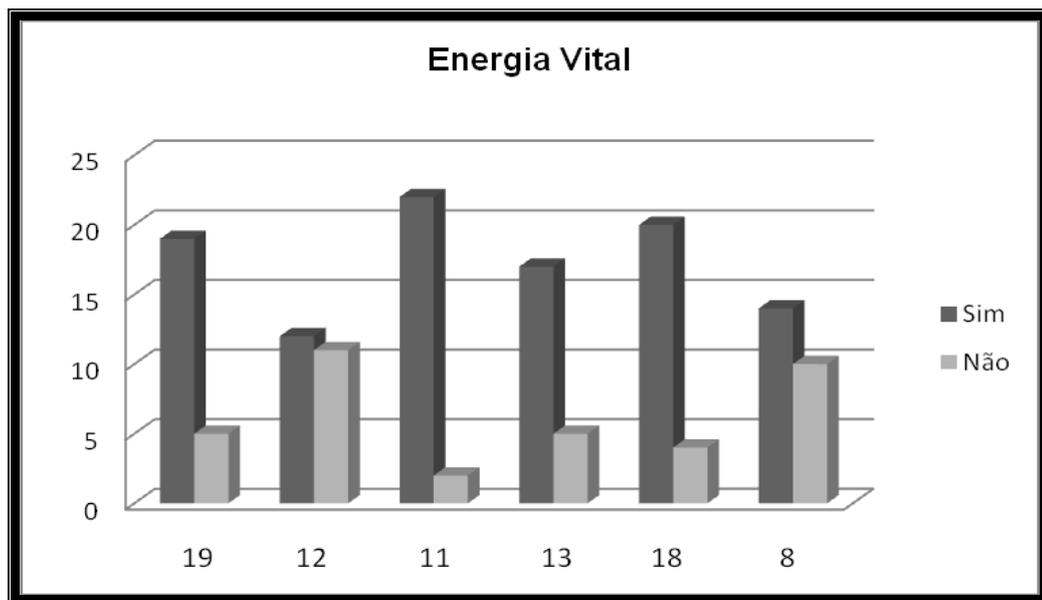
Gráfico 2 – Score de respostas positivas ao SRQ-20



Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas realizadas (2014)

O gráfico 3 apresenta as questões referentes ao grupo de “Decréscimo de Energia Vital”. Como pode ser verificado o número de respostas positivas para este grupo é considerável, de acordo com cada questão: questão 19 - Você se cansa com facilidade? (19 sim); 12 - Tem dificuldade de tomar decisão? (12 sim); 11 - Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas? (22 sim); 13 - O seu trabalho traz sofrimento? (17 sim); 18 - Sente-se cansado todo o tempo? (20 sim); e 8 - Tem dificuldade de pensar claramente? (14 sim). Chamam a atenção principalmente as respostas relativas ao cansaço, questões 19 e 18 com 20 respondentes sentindo-se cansados todo o tempo. Além de 17 responderem que o trabalho causa sofrimento e 22 não sentirem satisfação na realização das tarefas, o que será analisado mais adiante nas entrevistas.

Gráfico 3 – Respostas referentes ao grupo de “Decréscimo de Energia Vital”



Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas realizadas (2014)

5.1.3 Levantamento das Entrevistas

As anotações, preenchimento do instrumento de entrevista e a transcrição das gravações não ultrapassaram 300 páginas. Foram sendo organizadas e

separadas as falas mais expressivas para aquele apontamento em relação ao conjunto das entrevistas.

Conforme afirma Minayo (2010, p.69), é possível apresentar três objetivos para a fase da análise: “[...] estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte.”

Os comentários verbais/apontamentos dos trabalhadores foram organizados a partir das questões feitas, das respostas mais predominantes e também de sua relação com os objetivos. Estão apresentados no quadro a seguir, relacionados com os objetivos desta pesquisa.

Quadro 6 - Relação dos objetivos da pesquisa com os comentários verbais/apontamentos dos trabalhadores

Objetivo Geral da Pesquisa	Objetivos Específicos	Comentários Verbais/Apontamentos
Construir propostas para uma clínica em saúde mental e trabalho para os serviços do Sistema Único de Saúde, tendo como campo inicial o Ambulatório de Doenças do Trabalho (ADT) do HCPA.	Identificar o adoecimento em saúde mental relacionado ao trabalho na atualidade	1. ADOECIMENTO <ol style="list-style-type: none"> a. Tentativas de suicídio b. Ideação suicida
	Compreender como as formas de gestão influenciam o adoecimento nos ambientes de trabalho na atualidade	1. GESTÃO <ol style="list-style-type: none"> a. Assédio Moral b. Violência psicológica c. Assédio de colegas - Permissão - Participação da Chefia d. Espaço de reunião (ou ausência de) 2. RELAÇÃO COM O TRABALHO – DEDICAÇÃO <ol style="list-style-type: none"> a. Enfrentamento
	Propor outras possibilidades para a atenção à saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras atendidos no SUS	1. ESCUTA – ATENDIMENTO <ol style="list-style-type: none"> a. Medicamento – Diagnóstico b. Entendimento c. Apoio da Família d. Sindicato – Justiça e. INSS 2. POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO – SUGESTÕES <ol style="list-style-type: none"> a. SUS

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas realizadas (2014)

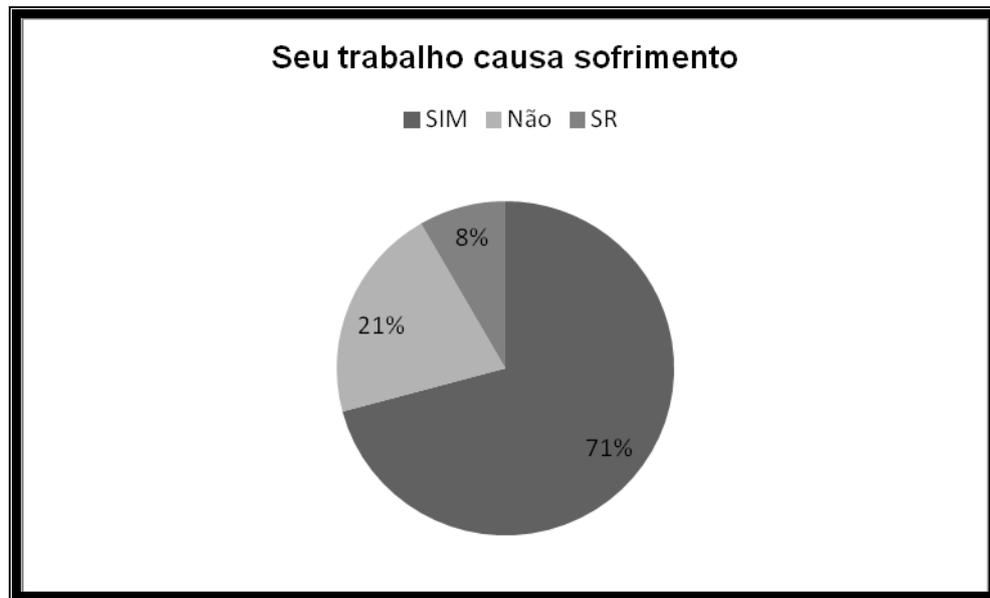
5.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO

A seguir a organização dos comentários verbais/apontamentos dos trabalhadores, com análises e discussões feitas pela pesquisadora tendo como base o referencial teórico desenvolvido anteriormente além de outros acrescidos. Importante salientar que alguns relatos poderiam estar em mais de um grupo de comentários por tratarem-se de uma situação dinâmica vivenciada e não necessariamente apresentar estas separações. Apesar de não ser uma organização meramente didática a separação auxilia na apresentação da análise e discussão, além de demonstrar a articulação e entendimento feitos de forma mais clara ao leitor.

5.2.1 Adoecimento

Os trabalhadores relatam situações de adoecimento que foram acontecendo aos poucos no contexto do trabalho. Conforme coloca Dejours (2000, p. 35), “Se o sofrimento não se faz acompanhar de descompensação psicopatológica (ou seja, de uma ruptura do equilíbrio psíquico que se manifesta pela eclosão da doença mental), é porque contra ele o sujeito emprega defesas que lhe permitem controlá-lo.”

O que se vê nos relatos das entrevistas são, ao contrário, situações de adoecimento estabelecidas com dores generalizadas, episódios depressivos, cansaço, vontade de não retornar ao trabalho, indicando que seu trabalho tem trazido sofrimento conforme pode ser verificado no gráfico 4 relativo a pergunta 13 do SRQ-20: Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?. Isso representa 71% dos entrevistados, 17 respostas positivas.

Gráfico 4 – Respostas relativas à pergunta 13

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas realizadas (2014)

Nestes casos, é possível observar o quanto as estratégias defensivas dos trabalhadores não foram suficientes para a manutenção da saúde mental devido às pressões do trabalho e da falta da estrutura coletiva como suporte social. De acordo com Gaulejac (2007, p. 213), “As evoluções tecnológicas poderiam libertar o homem do trabalho. Elas parecem, ao contrário, colocá-lo sob pressão. Aliviam a fadiga física, mas aumentam a pressão psíquica.”

Cabe a cada trabalhador “se cuidar”, como se fosse pacífico que aí se trata de um sintoma de vulnerabilidade psíquica que necessita de um apoio psicológico ou um auxílio médico. É o paciente que deve tirar as consequências disso e aprender a viver com a situação. As condições de trabalho que o provocam não estão postas em questão. Muito ao contrário. Do lado da empresa, pretende-se que o estresse tenha um caráter estimulante, que é preciso aprender a transformá-lo em “estímulo positivo”, e que uma dose de “bom estresse” favorece o desempenho. O estresse é banalizado ou apresentado como a consequência de comportamentos individuais, ao mesmo título que o cerco moral (GAULEJAC, 2007, p. 213).

Ficam evidentes nos relatos dos trabalhadores as tentativas – das chefias e/ou profissionais de saúde da empresa - de que seu sofrimento e sintomatologia sejam atribuídos a questões particulares, individuais, histórias pregressas de adoecimento, buscando afastar cada vez mais qualquer relação com a situação de trabalho, a execução das tarefas ou vivências traumáticas ocorridas no ambiente laboral. Para Soboll (2008), as estratégias de gestão e o sistema disciplinar têm a

função de punição e inibição das manifestações de sofrimento e adoecimento expressas pelos trabalhadores. Isto pode ser verificado na instalação de um ciclo de ameaças/adoecimento (SOBOLL, 2008, p. 176): o trabalhador com medo da demissão, de ser descartado, evita ficar doente e nega seus sintomas, trabalhando mesmo doente; como resultado há um aumento da sintomatologia, com licenças saúde frequentes e prolongadas. A sua vez a empresa ameaça os trabalhadores doentes com demissão, com substituição ou rebaixamento de função, e o ciclo está instalado.

Em resumo, a responsabilidade pelo cuidado é apenas do trabalhador, assim como a culpa de não ter se cuidado, caso algo aconteça.

Desde que eu tava lá era dor na cabeça e dor no estômago. Eu até fui na doutora e a doutora falou: tu não tem uma úlcera nem nada, mas me deu pra tomar porque eu não aguentava de dor no estomago e azia. E lá em casa eu tenho duas crianças pequenas eu não conseguia ajudar o guri a fazer as tarefas, tinha tarefa da escola e eu não conseguia ajudar ele. Eu não queria nem que eles falassem comigo. Quando eu chegava em casa do serviço eu gostaria de fazer só o que eu tinha pra fazer e me deitar, se não precisasse falar comigo era melhor.

Ainda tô lutando pra voltar a ser o que eu era, porque eu sempre fui uma pessoa muito tranquila, muito risonha, muito pra cima e dentro da emergência com todos essas dificuldades eu perdi isso tudo... literalmente... então... apesar das mudanças eu ainda estou tentando me reorganizar comigo mesma, que hoje em dia as minhas dificuldades não são mais na mente, são mais físicas né... durante todo esse tempo de estresse eu engordei muito, me sinto muito mal por isso ainda... não consigo reverter... estou tendo bastante dificuldade com isso... e hoje em dia o meu problema é físico, é eu ficar triste por estar gorda né, é eu ficar cansada por trabalhar mais ativamente, mais correndo e é isso.

Então são coisas que tu não consegue e com a pressão de tu ter que ser, tu ter que fazer é onde desencadeia o que tem assim ó, eu tenho visto muito, eu sofri... depressão, claro que a minha depressão maior, eu tive três episódios de depressão gravíssimos, assim, medicações, terapia...

E isso tem me feito muito mal ainda, porque, ou seja, quem é que não gostaria de tá correndo, de tá andando de bicicleta, de tá fazendo todas as atividades tudo que eu fazia, sabe? Eu me sinto mal porque é que nem esse tipo de coisa, se eu ainda fosse, quem me conhece sabe, se eu ainda fosse uma pessoa vagabunda ainda tudo bem, mas eu não sou, entendeu? E hoje eu dependo de tudo dos outros, as coisas mais simples que sejam, sabe? Eu não posso fazer. Mesa eu não posso pegar, se alguém cair no chão vai ficar caído ali porque se eu for juntar eu vou cair junto, entendeu?

Outra situação relatada é do medo. Muitas vezes em situações de medo generalizado, pânico, fobia. Tanto o medo de não conseguir mais trabalhar, quanto o medo de retornar ao trabalho depois de um período de afastamento. Conforme coloca Gaulejac (2007, p. 214),

Daí uma pressão pelo tempo, pelos resultados, mas também pelo medo, que tem consequências terríveis. Ele gera comportamentos de adição, estresse cultural, sentimento de invasão, contra o qual é difícil de se defender, e sofrimentos que o indivíduo esconde; do contrário, se fossem expressos, ele ficaria visado.

As pessoas trabalham doentes, por diversos motivos e por não terem segurança nem acolhimento para exposição de sua situação de adoecimento. Ao mesmo tempo, também aparece o “medo de ser incompetente”, conforme apontado por Dejours (2000, p.31), na medida em que o trabalhador não consegue compreender se sua falha veio de uma dificuldade em relação ao trabalho ou de uma falha na prescrição ou no sistema de organização do trabalho.

Às vezes tu fica com medo né... eu tinha muito medo, até no começo o psiquiatra falou assim “cara, era bom tu ficar um tempo afastado, que tu acha?”, eu disse “não, eu não quero me afastar, não quero atestado, não quero nada”, fiquei com medo, eu tinha medo

Ainda tenho medo de voltar pra emergência, muito, porque voltar a lidar diretamente com essa técnica eu não sei se eu teria estrutura hoje pra me reorganizar, pra conseguir de novo engolir todos aqueles sapos.

Não me sinto apta, eu posso até voltar a trabalhar, só que eu não vou ter ânimo vontade, chorando pelos cantos, quando eu voltar eu vou ter que estar voltada para o trabalho, eu não posso pensar em outras coisas que eu cometi um erro, que eu me separei depois de 18 anos, eu não posso desviar meu pensamento tenho que fazer isso correto.

Era uma boa funcionária, nunca enfermeira me chamou a atenção, e aquilo foi me deixando abalada ai eu procurei um psiquiatra, porque eu já não tava me sentindo bem. Eu me sentia a pior pessoa do mundo, muito mau porque eu causei um dano para uma pessoa, eu sei que teve uma sequência de erros que eu não tinha culpa, só que o meu erro de não ter perguntado 10 vezes, ter um cuidado bem maior, coisa que eu não faço hoje, eu jamais vou cometer o mesmo erro.

Também estão presentes situações de maus tratos, de abordagens grosseiras para o próprio trabalhador e para os demais, que ao serem presenciadas

fizeram parte do quadro de adoecimento, o que será discutido mais detalhadamente em situações de violência psicológica e assédio moral.

Nem olhou o atestado, fez eu ir lá só para ver minha cara eu acho, e se descontrolar, porque ela tinha dado o encaminhamento para duas pessoas antes de mim e depois não tinha o bloco, ficou procurando nas gavetas, aí eu disse para minha filha é por isso que eu estou doente, esse é o tratamento que a gente tem aqui, ela deu o encaminhamento, quando eu tava saindo a outra enfermeira chegou e disse assim: aí mas que bronze! e eu fiquei chocada que eu não tive resposta, e falei tu viu o tratamento, eu sai dali me sentindo um lixo, aí tu imagina, tu vê aqueles pacientes serem mal tratados. E eu sempre lutei muito para não me assemelhar aos pacientes (psiquiátricos), mas eu tô ficando igual, vou com qualquer roupa, e eu sempre me maquiava, me arrumava, e as pessoas me criticavam.

Presenciei muita cena que me fazia mal em relação a enfermeira com funcionário, em relação ao tempo de espera, não era uma coisa que me agradava o jeito que tratavam os funcionários. Nesse período eu já sentia adoecida, mas não tava fazendo tratamento, o que eu quis era sair dali, eu tolerei um mês. Eu não gostava de injustiça, aí ela entrou na sala e disse que não seria possível a troca de setor e que iam me dispensar, eu peguei e levantei e fui abraçar ela e ela se jogou para trás, acho que ela pensou que ia agredir ela, eu disse calma FULANA²¹. Eu só quero te dar um abraço que eu tô muito feliz, que eu não tava mais aguentando esse setor fechado, aí a minha pressão foi lá em cima, ela que me atendeu, passou para dentro da sala do médico, fez meu demissional, ela me liberou sozinha para o laboratório. Aí o doutor disse que a pressão tava muito alta, para ver se eu ia dizer que não ia dar, afinal eu tinha esclarecimento, e eu disse pode continuar doutor que é o emocional, aí eu fui demitida.

Do grupo de entrevistados, um trabalhador e duas trabalhadoras relataram história anterior de adoecimento psíquico: um por uso e abuso de substâncias psicoativas (com internação para desintoxicação), uma por situação anterior devido ser portadora do vírus HIV/AIDS e outra por estado depressivo com uso de medicação devido à situação familiar. Mesmo assim, para estes, é possível verificar que no momento atual as situações vividas no trabalho foram disparadoras para o adoecimento presente.

Duas trabalhadoras relataram terem desenvolvido câncer durante seu adoecimento, sendo que ambas estão em licença saúde prolongada. Um trabalhador, a partir da sobrecarga física, é portador de dor crônica e quase não consegue movimentar os membros superiores.

²¹ Os nomes citados foram substituídos, apenas para indicação de que se tratava de nome próprio em relação a pessoas, projetos ou locais de trabalho. Foram colocados em letras maiúsculas.

5.2.1.1 Tentativas de suicídio

Alguns trabalhadores (4) relataram e falaram em detalhes das tentativas de suicídio, em alguns casos, a família não sabe da situação. Foram questionados principalmente após terem respondido positivamente a questão no SRQ-20, como pode ser verificado no gráfico 5, no item Ideação Suicida, algumas páginas a seguir.

Conforme Barreto e Venco (2011), o suicídio decorrente do vivido no trabalho denuncia um ambiente onde a violência se faz presente de diferentes maneiras e é percebida por meio da competitividade exacerbada, constantes pressões, sistemas de humilhações, ameaças e agressões (que muitas vezes são incorporadas pela gestão com estratégias de estímulo a produtividade e gerenciamento), individualismo, sentimento de solidão, ausência de companheirismo, medo e sofrimento.

O comportamento suicida em si não pode ser considerado uma entidade nosológica, mas uma manifestação patológica subjacente à determinantes múltiplos. Para Cassorla (1991), o suicídio pode ser considerado um evento culminante de uma série de fatores que vão se somando ao longo do tempo na vida de um sujeito que podem envolver situações ambientais, culturais, psicológicas, biológicas entre outras. O que é visto como “causa” geralmente se refere ao evento final destes acontecimentos. Barreto e Venco (2011) concordam com esta ideia e nos dizem que

O suicídio, [...] resulta de múltiplos e distintos fatores, o que lhe confere uma multiplicidade discursiva, tornando-o de alguma forma um conceito polissêmico e quiçá, por isso, seja compreendido ao longo da história e até nossos dias como uma violência autoinfligida e autoimposta, o que expressa a autoeliminação, autodestruição, autoassassinato e auto-homicídio (BARRETO; VENCO, 2011, p.230).

Após situações graves de sofrimento e adoecimento, as tentativas de suicídios e as ideações suicidas são frequentes, como se pode verificar nos relatos. A falta de possibilidade para a vida que não seja trabalhar, e ainda a culpabilização pela situação vivida, faz muitas vezes que o trabalhador tente tirar a própria vida. Em uma situação, a trabalhadora “ouvia vozes” que lhe indicavam o que fazer para morrer. Ela teve 3 internações psiquiátricas em hospital geral.

Não, eu... saí do trabalho. Eu tinha coisas pra fazer, eu tinha que ir ao médico, eu tinha que fazer as coisas mesmo do trabalho assim. E eu saí de lá e tentei me matar. E eu não sei se tu tá vendo que não deu certo né? Porque tu tá me vendo aqui né?

Não, que eu tentei foi a primeira vez, mas vontade de me jogar embaixo do carro quando eu trabalhava na... que eu fui trabalhar com a Dona FULANA ali na... uma parada antes do Big da zona norte, que eu pegava o T7²² aí.. bah... teve um mês que eu tava bem assim... bem, aí eu disse pro meu marido “eu vou me jogar lá... atravessando a rua” e quase que o carro me pegou mesmo né, só que até aí o meu marido achava que era frescura...

Aparentemente a relação entre suicídio e trabalho não existe, o que é uma ideia superficial, sustentada por teorias que buscam apenas focar a história pessoal dos indivíduos, ignorando a importância e centralidade do trabalho no contemporâneo. O ato de excluir o mundo do trabalho das análises que focam o suicídio faz com que não se crie novas possibilidades de investigação e a partir disso, limita a compreensão do ato em si, ignorando as novas expressões de dor e sofrimento que têm sido impostas pelo atual contexto do mundo do trabalho, regido pelo sistema capitalista onde as relações se mostram, inúmeras vezes, destrutivas (BARRETO; VENCO, 2011).

As tentativas com ingestão de medicamentos são as mais relatadas, isso ocorre por terem disponíveis medicamentos da família ou seus próprios.

Mas eu tentei 4 vezes. 2 vezes no mesmo dia, e depois eu tentei mais uns 8, 9 dias, aí tentei de novo. Eu fui pro posto. Eu fui pro posto e mais agora na última vez eu também tentei me matar quando eu tava lá no trabalho, eu... quando eu, assim, eu tava mais ou menos lúcida, eu tomei insulina até não... É porque pra mim a glicose quando a gente toma muita insulina baixa a glicose e tu, assim, no meu ponto de vista a gente perde a vida. Mas isso nunca acontece comigo...

Primeira coisa que eu fiz, eu já tava meio planejando assim né? Alguma coisa que eu queria acabar com a minha vida. Aí eu tinha umas Subtramina da minha mãe que a minha mãe deixou lá em casa e eu botei na minha bolsa. Aquilo ali me deu um mal estar, um mal estar que eu fui no banheiro e tomei 10 de uma vez só. Aí a gente saiu pra caminhar e a minha pressão subiu. Claro, eu acho que eu não tinha nem comida, tomei aqueles remédios e comecei a passar mal, mal, assim, suor nas mãos, tremor e daí não enxerguei nada. Daqui a pouco quando eu vi eu fui parar no posto de saúde. Aí chorando, chorosa assim. Aí eles perguntaram pra mim, só eu fiquei com medo de dizer que eu tinha tomado remédio, daí depois eu comentei com a doutora quando eu fui pro grupo, aí eu comentei com ela, tudo, daí ela me encaminhou pro doutor que é o psiquiatra. Eu tô fazendo tratamento no posto de saúde também e vou ser encaminhada pro

²² T7 é uma linha de ônibus da empresa Carris de Porto Alegre.

hospital... ai como é que é o nome... Psiquiátrico que tem ali na Bento, ali... o hmm.. o Sanatório Partenon. Vou ser tratada por ali agora. Aí a doutora me deu Certalina e me deu "Aldoperidol" que eu tava enxergando coisa, queria tirar minha vida, tudo assim.

Quando eu não conseguia dormir eu me via me enforcando, quebrando o espelho e me cortando. Semana passada eu discuti com meu marido. E ai, parei com a medicação e comecei a beber. Um dia eu peguei toda a medicação, levei pra cozinha com um copo de vinho.

Após as tentativas, além da culpa relatada, há a cobrança por não terem conseguido "nem" se matar. O que parece denotar uma incapacidade para a vida ou apenas para acabar com ela.

Eu já fiz só que eles não sabem. [choro] Eu tenho vergonha. De ter tentado. [choro] Tomei remédios. Aí depois vomitei tudo. Não, mas eu não vomitei porque eu... [risos] Sim, porque eu passei mal [risos]. Sim, mas é verdade eu rio depois, mas eu fiquei com ódio de mim mesma porque eu não consigo nem me matar. Mas eu penso muito isso também. Tão complicado. É que eu acho que não tenho mais utilidade pra nada. E perdi tudo. Não, eu não quero falar pra eles, eu tenho vergonha. [choro] Então, mas eu não consigo mais ser aquela pessoa forte, porque ser forte, pra virar essa página. Eu não tô conseguindo. [choro]. Eu já consegui muitas vezes. É diferente, eu sinto. Por que... [choro] assim, eu nunca fiquei tanto tempo. Ainda. [choro]. Eu sempre me ergui. Eu não consigo. [choro]

Eu acho que eu ia descansar, não sei ao certo, tava demais a coisas. Eu sempre fui uma péssima mãe. Eu sempre dei tudo pro meu filho. Eu prefiro trabalhar e ele ter condições de ter uma coisa boa. Eu nunca fui carinhosa, eu sempre deixei a ele pra minha mãe. Eu sempre dei mais valor as coisas materiais do que emoção. E agora nem isso. Sempre fui péssima mãe, péssima filha, péssima esposa, péssima profissional, porque se eu fosse uma boa profissional eu não estaria nesse estado.

Esta trabalhadora relata saber sobre suicídios na área da saúde, e em seu local de trabalho.

Entre os meus colegas eu não sei, entre os trabalhadores da área da saúde tem (suicídios). Olha, até tem, até assim... depois, antes deu entrar eu não sabia depois que eu entrei já teve casos, teve casos e que a gente até ficava assim se preocupava e aí porque tá com problema na família, porque tá com problema e eu dizia pois é mas a empresa também se tem problema e porque que não apareceu, tipo eu, eu tenho todos os meus problemas lá fora, mas eu amo o que eu faço, tu acha que se ela me colocasse numa área técnica, numa coisa, ninguém me olhasse, tivesse todas essa sobrecarga que a gente tem, tu acha que... né... se eu tivesse uma tendência a isso, tu acha que isso não me motivaria?

O sofrimento psíquico produzido pelas novas organizações do trabalho traz à tona novas formas de adoecimento onde o surgimento de patologias e o ato de suicídio é o final desse processo.

5.2.1.2 Ideação suicida

Todos os trabalhadores demonstraram interesse em participar da entrevista, alguns inclusive, solicitavam se poderiam retornar, se um encontro apenas já era suficiente. Duas entrevistas foram suspensas durante sua realização e os trabalhadores tiveram de ser acompanhados ao Ambulatório (HCPA) para agendamento com a psiquiatria, já que demonstraram intensa ansiedade e ideação suicida importante no momento. Ambos estavam sem acompanhamento de profissional de saúde mental, e/ou uso de medicação. Uma das entrevistas pôde ser retomada em outro momento.

Dos entrevistados, pelo menos dez relataram já terem elaborado formas de tirarem a própria vida, e relataram suas ideias, inclusive pensado na forma, com instrumentos, mas nunca chegaram ao ato. Referiram não terem seguido adiante por falta de coragem, por terem pensado nos filhos e família, entre outras considerações, mas que no momento queriam apenas acabar com o sofrimento.

Para Werlang e Oliveira (2006), o comportamento suicida expõe uma vivência e uma experiência psíquica que se articula com o sentimento de incapacidade do indivíduo encontrar alternativas para suportar ou superar uma determinada situação que lhe causa uma dor psicológica extrema. Dessa forma, matar-se é a maneira encontrada pela pessoa para “dar conta” do drama que vem passando e que tem origem em necessidades psicológicas frustradas que a própria pessoa julga como fundamentais e indispensáveis para a continuidade da vida.

No SRQ-20, foram dez respostas relativas a esta situação, sendo que a indicação de resposta é para o “problema descrito nos últimos 30 dias”; outros entrevistados responderam já terem tido ideias suicidas anteriormente a este período. Os trabalhadores relataram ideação suicida, principalmente após as

perguntas: *Tem pensado em dar fim à sua vida?* o que representa 42% dos entrevistados; *Ou Sente-se inútil em sua vida?*, 50% de respostas positivas.

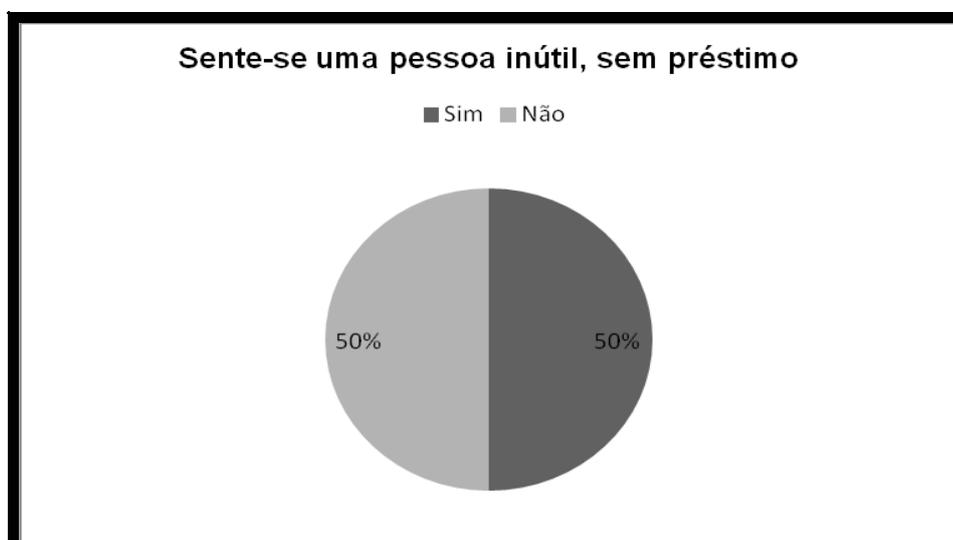
Gráfico 5 – Respostas relativas à pergunta 17



Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas realizadas (2014)

Nestes relatos a presença de choro e de culpa por ter pensando em tirar a própria vida foi frequente. Alguns referem não ter coragem em função da família, outros já acreditam que se morressem poderia ser melhor para a família. Mas mesmo assim, por culpa ou vergonha não manifestaram aos familiares suas ideias.

Gráfico 6 – Respostas relativas à pergunta 16



Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas realizadas (2014)

As tentativas de suicídio demonstram o quanto os trabalhadores não puderam falar do exacerbamento de seu sofrimento, e conseqüentemente do sofrimento patológico. Há um silenciamento dos sentimentos e das percepções em relação ao vivido no trabalho. Estão isolados, sozinhos, o que se percebe quanto se remete às patologias da solidão (FERREIRA, 2013), quando não se encontra no espaço coletivo lugar para falar, para dividir com os demais. Seja com os colegas ou com a família, o conforto, proteção e amparo não é vivido.

Eu acho que era dentro. Que dizia assim “FULANA, faz, faz”. E eu não sei o que eu fui fazer um dia, não sei o que eu fui fazer, eu acho que fui levar minha mãe numa consulta. E eu tava no prédio no décimo andar lá em cima e eu olhava pra baixo e aquela pessoa dizendo “te atira, te atira” eu andava assim, a mãe na consulta e o médico ficou só me olhando. E eu andava pra janela e voltava, andava pra janela e voltava. E aí aquela pessoa dizia assim “vai, vai,vai” aí eu não queria, sabe? Mas acho que alguma coisa me puxava assim pra mim não ir. Senão eu tinha me atirado do décimo andar.

Hoje eu falei para o psiquiatra não me sinto a vontade (em relação ao trabalho), hoje eu me mato ou mato alguém, eu me distraio e causo algum dano para algum paciente ou a pressão vai fazer com que eu tome uma decisão contra mim mesma.

Bom, de maio pra cá, desde o dia 2 que foi a data do meu desligamento eu me sinto uma pessoa inútil, pensei até em tirar a vida quando eu tava no vestiário, recolhendo minhas coisas, eu tinha ainda o exame demissional, então eu tinha que esperar. Eu me deitei no banco e chorava pela decepção que eu estava tendo, uma coisa que eu batalhei tanto e que foi me tirado de uma maneira brusca e injusta.

Em alguns momentos, como das falas a seguir, o desejo é de morrer e não necessariamente de tirar a própria vida, de dormir e não acordar, ou simplesmente de cansaço extremo.

Ela... assim... que o Dr. mandou eu tomar os dois assim... aquela... aquele aperto assim melhorou um pouco, mas a vontade que me veio né, que eu até comentei com a psicóloga, aquela vontade de me deitar e não acordar mais, aí depois eu fiquei pensando que é porque é assim essas época de natal, ano novo, aí todo mundo festejando.

Não, mais de acabar com a vida não, mais assim, cansada da vida. Meio sem rumo, parece que tem um vazio na cabeça. Não, isso só depois que começou a acontecer isso lá no serviço.

Por outro lado, ter conseguido falar das ideias e/ou das tentativas faz com que certo alívio em relação ao vivido dê outro sentido para os acontecimentos. A

situação sai da esfera privada e passa a fazer parte da vida das demais pessoas e não apenas de uma vivência particular daquele trabalhador.

Já tive sim, o que eu pensei, pensei em tomar remédio para mim morrer, para tirar esse peso da vida dos meus pais, tirar esse sofrimento, mas eu não tive coragem de fazer isso, não tenho coragem de fazer isso, pensei várias vezes, porque é muito sofrimento, agora eu não tenho mais pensado, só ficou na ideia, já contei para pessoas próximas de mim, que eu tenho vontade de morrer, de tirar esse sofrimento dentro de mim, que a minha vida é toda estabilizada, e de repente minha vida virou um inferno, desestabilizou tudo, e foi no trabalho, na vida pessoal, tudo junto, eu queria me livrar disso, desse sentimento de perda e de fracasso.

Então eu ficava com aquela... Mas agora sim consigo falar, consigo diminuir mais. A vontade de me matar diminuiu bastante né? Eu penso assim "se eu me matar eu vou deixar os guris, vou deixar meu marido que me ajuda, to fazendo uma casa nova agora, então eu não vou aproveitar nada disso" né? Então eu tenho que ter essa força lá do fundinho pra me tirar...

Dejours e Bègue (2010) colocam que apenas um caso de suicídio pode afetar todo um ambiente de trabalho. Da mesma forma, entendo que a situação de tentativas de suicídio ou mesmo de ideação suicida pode colocar em questão toda uma organização na medida em que demonstra a “degradação” e perda de vínculos que sustentam a vida e as relações desenvolvidas no trabalho.

O espaço dedicado à discussão sobre o sofrimento no trabalho tornou-se tão restrito que, nos últimos anos, produziram-se situações dramáticas como jamais se viu anteriormente: tentativas de suicídio ou suicídios consumados, no local de trabalho, que atestam provavelmente o impasse psíquico criado pela falta de interlocutor que dê atenção àquele que sofre e pelo mutismo generalizado (DEJOURS, 2000, p. 44).

Dejours e Bègue (2010), afirmam que no passado não havia suicídios nos locais de trabalho – especialmente na proporção atual -, porque existiam estratégias de defesa coletivas e conseqüentemente coletivos que davam sustentação a estas estratégias. As estratégias auxiliavam os trabalhadores no enfrentamento ao medo e às pressões provenientes do trabalho, bem como havia a solidariedade e acolhimento dos colegas como suporte.

5.2.2 Gestão

O relato de mudanças na forma de gestão é muito frequente, em alguns casos com mudanças muito claras por adoção de um novo modelo (instituições maiores), em outros, mudanças que foram acontecendo aos poucos principalmente nas relações e na solicitação das tarefas. Os trabalhadores também discorreram sobre mudanças importantes na gestão dos locais, como remuneração variável, diminuição de funcionários e aumento da demanda de trabalho, troca de turnos sem aviso ou consulta prévio, aumento de controles e processos de registros.

Os novos modelos de gestão, adotados por grande parte das empresas e até mesmo instituições públicas favoreceu a intensificação dos sentimentos de insegurança, desesperança, medos e autoexigências, impondo aos trabalhadores um nível mais elevado de sujeição diante de práticas gerenciais que exploram e violentam. As consequências destas mudanças, que ocorrem em nome do lucro desenfreado e da produtividade a qualquer preço, causam impactos na vida e na saúde dos trabalhadores, alterando valores, onde a ética muitas vezes é deixada de lado, desfazendo vínculos afetivos, contribuindo para o aumento da individualidade e da solidão (BARRETO; VENCO, 2011).

Nos relatos aparecem as cobranças de forma mais rude, nas formas das chefias tratarem os funcionários com gritos, punições, advertências informais e formais bem como a exposição aos demais colegas de uma situação que não é pública.

Mudou muita coisa assim que as cobranças foram muito maiores em cima da gente, mudaram muitas rotinas, aumentaram muitas rotinas, só que o número de funcionários continua o mesmo, o tempo pra desenvolver essas rotinas novas também é o mesmo.

E o número de pessoas também, quer dizer tu tem mais coisas pra fazer a cada vez é mais correria. Ontem aconteceu uma situação que eu fiquei sabendo, na minha copa no turno da manhã as gurias tiveram que assinar uma advertência porque o café da manhã saiu atrasado... só que o café da manhã saiu atrasado... eles não enxergam que aquela copa era pra tá com três funcionárias e tá com duas...

Aparece também relato de hierarquia mais complexa, mas que não resolve a tomada de decisão, “[...] é como a gente costuma dizer entre o povão mesmo: é muito cacique pra pouco índio sabe.” Gaulejac (2007, p. 224) coloca que “a organização não é neurótica, nem paranóica, nem perversa.”, como produção humana ela não pode ser tratada da mesma forma que tratamos a resolução de conflitos psicológicos, mas por outro lado, ela pode suscitar a manifestação de comportamentos e patologias. E ainda, coloca em funcionamento modos de gerenciamento que produzem reações violentas, assediadoras. Neste contexto, as regras são incertas, paradoxais e as manifestações no trabalho aparecem como respostas a esta forma de repasse da mensagem da gestão. Para o autor, “a prática da dupla linguagem pode produzir loucura.” (GAULEJAC, 2007, p. 225).

Eu acho que no geral essa hierarquia que o hospital tem em certos momentos é boa porque tu tem uma distribuição bastante grande do serviço ali dentro, mas em certos momentos também ela se torna muito dificultosa. Uma outra colega minha já teve dificuldades com uma outra técnica também, não é uma situação isolada é que a gente não consegue chegar a quem resolve o problema então muitas vezes esse tipo de hierarquia muito desenvolvida acaba gerando esse tipo de situação onde dá poder demais a certas pessoas que acabam prejudicando outros e quem deveria tá ali supervisionando elas, vendo elas, já não tem esse mesmo, digamos, contato pra tá vendo isso e resolvendo. Então eu acho que muitos dos problemas que a gente tem dentro do hospital quanto a saúde da gente, principalmente a saúde mental da gente tende muito a responder por isso, pela hierarquia tão grande que tem, é dez pra mandar em ti, é dez que mandam em ti só que quem tá ali diretamente as vezes tem um poder muito grande e quem deveria ter mesmo que tá lá na ponta, lá em cima não tá vendo o que tá acontecendo lá embaixo.

Então tá tendo muito dentro do hospital afastamento, que a gente acaba se afastando por outros motivos de doença, mas na realidade é pra descansar a cabeça, em muitas situações a gente faz isso, eu não sou a única, muitos outros se tiverem coragem vão te falar a mesma coisa, a gente acaba indo no médico dizendo que tá doendo a coluna, doendo isso, doendo aquilo, mas é porque a gente tá saturada dentro do serviço, porque quem deveria realmente tá mandando tá lá em cima, no topo da cadeia e não consegue ver o que tá acontecendo lá embaixo, não chega até ele os problemas da prática, a teoria, o papel é muito bonito, mas a prática mesmo eles não chegam a vê. Isso ocasiona muito, muito, muito afastamento dentro da INSTITUIÇÃO, o que a gente no geral é isso aí. É muita hierarquia que não funciona como deveria, aí a gente que tá lá embaixo, que é a linha de frente, que tá trabalhando acaba se prejudicando fisicamente também muitas vezes. O nosso cansaço as vezes ele é realmente um cansaço extremo, a gente acaba dando um jeito de saí pra dá uma esfriada na cabeça e volta depois, recarregar as bateria. O que tá nos salvando ainda é pode saí dá umas risada com as colegas...

A falta de orientação, ou a falta de clareza para o repasse de orientação aos trabalhadores também aparece constantemente. Alguns até se questionam se as informações desencontradas ou incompletas não seriam propositais para que não se saiba dos direitos. Ou se realmente é desconhecimento de quem está numa chefia. De acordo com Gaulejac (2007), na empresa gerencial a incerteza, não é tanto um recurso, mas sim uma ameaça; os trabalhadores não têm certeza dos critérios utilizados, principalmente em relação a recompensas e sanções. A “proposta” gerencial é de que as pessoas aceitem o risco, e vivam com o sentimento de não mais controlarem seu ambiente de trabalho.

Depois que ela disse esse mais ou menos, eu cheguei para o eu chefe e disse: eu vou ter que ir no sindicato. Eu perguntei quanto é que eu ia ganhar e ela não soube me dizer, me disse mais ou menos. Só que mais ou menos não paga as minhas contas, se não valer a pena eu tô deixando o meu filho e o meu marido em casa sozinhos, se não valer a pena eu volto pro dia. Na quinta feira ele disse que ia ver e ligava. “Na segunda feira tu me liga de manhã que eu te dou a resposta.” Eu perguntei como vão reduzir meu salário na carteira, isso não pode, né, que eu saiba isso é ilegal. Eu fiquei com aquilo na cabeça e fui conversando com um e outro e uma técnica da noite me disse que ninguém fez isso aqui, “se fosse tu eu ia no sindicato e informava direitinho”. Eu liguei para o sindicato e a telefonista que me atendeu disse que não podem fazer redução na carteira a não ser que o funcionário peça.

As situações provenientes de sobrecarga de trabalho são constantes. Há um aumento de demanda de trabalho, com diminuição ou manutenção do mesmo número de trabalhadores e conseqüente sobrecarga. Para Gaulejac (2007, p. 213), “Tudo acontece como se aquilo que o homem ganhar em tempo, ele o pagará em intensidade; aquilo que ganhar em autonomia, ele o pagará em implicação”. Ao mesmo tempo em que há certo alívio da carga física, há um aumento do investimento subjetivo solicitado, pois o trabalho na atualidade exige que o trabalhador faça sempre mais.

Então se tu não faz tu é visto como incompetente, ninguém quer ser visto como incompetente, na realidade. Mas se tu dá conta, ah, tu dá conta do serviço então tá tudo bem. Sabe, então eu acho que as chefias tinham que se conscientizar, ser um pouco mais humanas, entendeu? E vê ‘oh, tão precisando de mais gente’, sabe, é uma área pesada. Qualquer pessoa que vai lá vai ver, é uma área pesada, tem várias coisas, tem que dar banho em adultos. Tu não tá dando banho numa criança, tu tá dando banho num adulto...

Eles gostam muito de fazer uma avaliação do funcionário de ver só as coisas negativas, mas as coisas positivas dificilmente se vê. É muita cobrança e outra coisa, tu foge na realidade da tua função. Tu foge da tua função na realidade. Tá sempre correndo, tá sempre... então isso é um estresse. Tu lida com ser humano, tu tem uma responsabilidade muito grande porque é o estilo de coisa assim [...].

Esses dias ela viu um familiar conversando e chorando comigo, daí ela veio perguntar se era alguém familiar meu, que ela viu ele com tanta intimidade, aí eu disse pra ela, a minha colega disse, eu parei pra escutar e toda essa correria, todo esse stress, tudo isso que tá.... essa realidade de trabalho que a gente tá tendo que tá adoecendo a nossa cabeça ela não te permite a isso, porque?, porque tu tem que ter quantidade, tu tem meta.

Além das situações de sobrecarga, comum em algumas instituições, há o relato de tratamento desigual entre os colegas, sobrecarregando alguns em detrimento de outros que são mais próximos das chefias.

E aí acabava sobrando pra mim porque como eles não faziam ela vinha cobrar depois de mim, e eu sô uma pessoa que não gosta de tá... ou então deixa que eu faço sozinho... e aí foi que começou de uns seis meses, que eu passei no contrato aí de seis meses pra cá começou essa função. Aí falta gente, aí tem que ficar com dois, três setores e aí a gente tinha que dá conta, aí a gente cobrava dela porque que a gente dá conta e o pessoal da manhã não pode dá e o pessoal da noite não dá, aí ela sempre tinha uma desculpa "ah tu tá falando do teu colega", eu não tô falando do meu colega, se todo mundo aqui ganha o mesmo salário, faz o mesmo horário, então todo mundo tem que pegar é uma continuação, então aí o pessoal não tinha que... toda a segunda-feira tinha reunião, como tem, porque aí falta um, aí fica aquele grupinho uma, duas horas de intervalo, aquela coisa toda e aí a gente tinha que pegar e fazer o serviço correndo e aí eu brigava, eu digo a gente não tem que pagar pelos outros né?

Pela sobrecarga e grande exigência, em alguns locais ocorre importante circulação de pessoal. De acordo com Barreto e Heloani (2014), alguns trabalhadores não aguentam se submeterem à humilhações e jornadas extenuantes, e muitas vezes após terem sido constrangidos pedem demissão.

A pressão e opressão moral generalizada – para produzir mais com menos pessoas -, têm sido responsável pelo surgimento de novos transtornos como o aumento do estresse psicológico, do *burn-out*, da depressão, assim como aumento da morbimortalidade cardiovascular e suicídio (BARRETO; HELOANI, 2014, p. 60).

Por estas situações, a circulação pode ser verificada nos relatos a seguir. Os trabalhadores permanecem pouco tempo em locais em que há grande exigência de

trabalho tanto de ordem física como psíquica, saindo para outro local ou sendo demitidos rapidamente durante o período de experiência.

É que a INSTITUIÇÃO é muito, que nem eu digo, é muito marketing. Todo mundo acha que é um paraíso, que é a melhor do mundo, que a INSTITUIÇÃO é o estilo assim, o sonho de todo mundo. Eles acham que é concursado, eles acham que tu recebe bem, eles acham que é como se fosse o paraíso. É o sonho de todo mundo é trabalhar na INSTITUIÇÃO. Mas só que é que nem esse estilo de coisa que tu vê, a INSTITUIÇÃO tá toda hora pedindo gente pra trabalhar por quê? Entendeu? É uma imagem na realidade que eles vendem que não é verdadeira, é uma imagem negativa, entendeu? As pessoas acham que ali é um paraíso, mas aquilo ali não é um paraíso na realidade. Ali que as pessoas ficam 2 ou 3 dias e pedem demissão, porque que nem eu digo, além da tua função tu tem obrigações de tu fazer, tu tem que fazer outras coisas que não tem nada a ver com a tua função. A INSTITUIÇÃO não tá ali na realidade, ou seja, pra te apoiar, pra te ver “ah, trabalha pra nós, vamos...” não. Eles tentam fazer o que é do interesse deles, entendeu?

As mudanças de chefia também colaboravam muito pra isso. “Ah não... ele não serve, ele não tá...” sem ver a história toda do trabalhador, sem ver o que tava se passando, porque a gente é adaptável as situações e a gente tem que ter um tempo pra isso, uma criança tem um tempo pra falar, uma criança tem um tempo pra andar e o trabalhador tem que ter tempo pra se adaptar a essas mudanças, só que é muita coisa e tudo ao mesmo tempo, tu entendeu?

A leitura que eu faço é uma exigência de qualidade, quantidade ao mesmo tempo, sob uma pressão psicológica muito grande, elas saem porque elas não suportam, são saídas, antes assim com... com mais... como é que eu vou te dizer... com... tipo... não tinha uma coisa concreta pra... tinha menos tolerância e o... e o... determinante era o chamado perfil e... e muitos trabalhadores foram procurar a sua justiça dentro, porque?, porque eram colaboradores de dez, quinze anos que de repente por uma mudança né, um crescimento do hospital ele não se enquadrou mais, ele não tinha mais o perfil.

O Controle do trabalho por metas evidencia as mudanças ocorridas nos processos de trabalho, exigindo mais produção dos trabalhadores, principalmente quando os serviços têm programas de qualidade ou de avaliação neste sentido.

Aí o que eles querem ali agora, como a quantidade aumentou tem meta, a meta é tempo, então tipo assim... tem um material que tem que ser coletado e entrar meia hora depois que o médico pede, só que eles tão dentro da realidade e isso fere a gente enquanto trabalhador, que eles tão sabendo e tão fazendo, então tipo assim eu tenho meia hora.

E a pessoa tem a capacidade de dizer pra você assim “tu não precisa de psicólogo, tu tem que trabalhar”, isso é um absurdo Carla . Já fui ao SETOR várias vezes, mas assim por CAT²³, por acidente de trabalho, por estar doente, por tá com algum problema, tentei marcar, só que assim, elas... isso assim elas tem um controle incrível assim não sei o que acontece, se eles são interligados, se elas fazem de propósito, todas as vezes que eu consegui marcar, que foram duas vezes, eu não consegui ir porque a gente tava de mutirão.... eu tava sobrecarregado. Carla, eu fiz concurso interno... concurso interno pra marceneiro, pra hidráulico, todas as vezes eu perdia porque eu não conseguia entrar na intranet em razão de muito trabalho, muita soberba, muita... sabe, eu não conseguia entra e aí perdia as datas, aí tentava correr atrás, falava e perguntava pra elas “você não podem intervir? Afinal de contas...”, “não, não dá” .

A condução das chefias em situações vividas pelos trabalhadores nem sempre é vista como adequada para o momento. Os relatos são de chefias que não escutam a versão ou justificativa do trabalhador, mas que advertem na intenção de ameaça e ainda desconfiam do que lhe é trazido. Ao mesmo tempo, o movimento da gestão vai no sentido de construir condições para que os colegas também desconfiem de seu grupo de trabalho, nessa lógica, o controle não está apenas nas mãos do gestor, mas disseminado para todos.

Tipo eu tenho uma CI, claro eu não trouxe hoje porque eu não sabia que poderia ter trazido pra te mostrar, mas em outra oportunidade eu te mostro, ali uma pessoa foi extremamente mal educada, usou palavras de baixo calão, me ameaçou de me bater, eu chamei elas e nada foi resolvido... e de retorno nada foi feito... sabe, então assim tu não tem chefia pra te defender, tu tem chefia pra te espezinhar, pra te ameaçar, pra te denegrir... isso tu tem chefia.

Aí elas simplesmente me chamaram ali dentro aí pegou e disse assim pra mim “é infelizmente em dois anos eu percebi que o teu trabalho tá muito ruim”, sendo que três semanas atrás eu vinha ouvindo assim “porque tá tudo muito bom, tá tudo muito bem, tu tá fazendo um excelente trabalho”, Tava tudo muito bom, tudo muito maravilhoso porque eu estava limpando sozinho, aí aquele dia me chamaram disseram que tinham percebido que eu não tinha perfil pra aquilo que o meu trabalho tava muito ruim e que infelizmente não ia pode continuar que ela tava encerrando o meu trabalho assim... despejado assim, esculhambado ao extremo sabe... na hora assim eu não tive reação Carla

Sim. Porque era aquele tipo de coisa assim: eu tenho pavor de fofoca, e era esse tipo de coisa que eles valorizavam. Eles não valorizavam a pessoa que trabalhava. Porque eu sou uma das pessoas, várias pessoas aconteceu o que aconteceu comigo acontecia com elas. Este tipo de coisa que eu acho errado. Eles não valorizavam as pessoas que trabalhavam, e sim as pessoas que entravam na sala deles pra fazer algum tipo de fofoca.

²³ CAT: Comunicação de Acidente de Trabalho.

Outra forma de controle aparece na situação de férias, por exemplo. Um direito adquirido, mas cujas regras são mudadas de acordo com as chefias e sem a participação ou consentimento do trabalhador. Segundo Barreto e Heloani (2014, p. 59), estas são práticas de controle utilizadas atualmente para disciplinar os trabalhadores, via medo e orgulho ferido, como por exemplo, “[...] as mudanças de função, de turno ou cidade sem avisar previamente; demitir por telefone, fax ou telegrama quando em férias; impedir o uso do telefone da empresa, mesmo em casos de urgência [...]”.

Então tu me pediu porque eu tô de licença, eu fiquei 2 anos sem férias, quando chegava o verão nunca sobrava pra mim, eu fazia troca de 3 dias, com mais os dias que tu não trabalha, tirava uma semana e ia para praia ou onde eu queria para tirar férias com meu marido porque nunca fechava, raramente a gente conseguiu fechar. Aí a gente fez uma abaixo assinado, há 2 anos ou 1 ano, era uma chefia só, e aí tinha aquele grupo que eram os preferidos, podiam não fazer nada mas não se não negavam a nada, iam lá e tapavam o buraco, agora como trabalhavam a gente não sabe e nem quero saber. E aí eles tinham seus privilégios e aquele que reclamava seus direitos, perdia seus direitos normais, porque ninguém vai perder seu direito de férias por acidente, se machucou, porque teve um ano que aconteceu isso.

E o diretor colocou essa enfermeira para ver o que tinha acontecido, resumo da história: o diretor baixou uma ordem que para fazer troca era com memorando, as férias era para ela ver quem não tinha tirado e ser feito rodízio dos meses. No início tava funcionando muito bem. Mas tem dois enfermeiros que não estavam nem aí, os funcionários são bons porque tapam os furos aquela coisa toda, então aqueles que fazem tudo por eles, eles tem tudo o que precisam, os outros que reclamam dos maus tratos, da falta de humanidade, que direitos devem ser igual para todos são excluídos, são os maus funcionários, independente se tu falar.

A condução do processo de avaliação de desempenho também é relatada como motivo de sofrimento, desentendimento com as chefias e discordância daquilo que é o real do trabalho. Conforme colocado por Dejourns e Bègue (2010), não há como mensurar o trabalho apenas por seus resultados e de forma individualizada.

A avaliação do trabalho por métodos objetivos e quantitativos de mensuração assenta-se em bases científicas falsas. Pode-se facilmente mostrar que – no atual estado dos conhecimentos nas ciências do trabalho – é impossível mensurar o trabalho propriamente dito (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 44).

Por ser um método que mede os resultados do trabalho, mas não o trabalho em si, seu processo, o engajamento psíquico e intelectual para sua execução é considerado um método falso e, portanto, sujeito a uma série de sentimentos de injustiça vividos pelos avaliados. Como argumentam Mendes e Siqueira (2014, p. 155) “[...] cria-se um clima de trabalho em que a subjetividade do trabalhador não é valorizada. Não há preocupação efetiva com o funcionário, somente na medida em que gera valor para a empresa.”

Só que quando chega na tua gestão a nota que vale é a nota que elas botam, não é a tua, não é tu revidar, tu até pode revidar, mas resolve, muda, não vai, por isso que muitas vezes a gente fica quieta, engole sapo porque não vai mudar, só vai piorar.

As avaliações que tu tem na realidade, sempre tu tem uma avaliação por ano. E ali ela te avalia de cabo a rabo, de cada um ela faz durante, que tu tem que fechar, durante o ano inteiro, porque assim, no final do ano tu tem uma avaliação que te pegam e te avaliam. Ali tem duas coisas, uma coisa é o construtivo mais uma coisa negativa, de uma certa forma. Mas dificilmente tu vai ver alguma coisa de forma construtiva, mais é... sabe? Que nem eu digo, depende tudo do teu nível, se tu é uma pessoa que tu te relaciona bem, que tu é “puxa-saca” dela, tudo bem, na realidade ela vai ver com outros olhos com outra forma, coisas até que ela nem vai te perguntar, ela vai automaticamente marcar ali pra ti e deu. Então...

Eu participo da avaliação. Mas é estilo de coisa assim oh, tu me pergunta: “FULANO, tu tem ética profissional?” Posso te dizer: “Tenho.” Mas se ela achar que eu não tenho a ética profissional, ela vai marcar ali que ela acha que não. Dá uma... de certa forma ela me questiona mas o que ela, a opinião dela é o que prevalece.

Que é discutido, tu te avalia, ela te avalia, senta os dois no momento e vão vê os embates, ela diz porque que ela te deu a nota e se tu não concorda tu tem o direito de dizer que não, entram numa acordo, eu tive coisas que a gente modificou, felizmente ela modificou a meu favor, porque eu argumentei com ela e ela sabia que os meus argumentos eram convincentes, porque eu procuro ser uma pessoa justa independente, teve um ponto que ela avaliou e eu tinha avaliado diferente, diante do que ela justificou eu concordei e aí então eu pedi pra ela deixar a avaliação dela, mas teve avaliações assim, uma delas levou um colega aposentado a pedir demissão.

Os questionamentos dos trabalhadores se dão principalmente em relação aos critérios utilizados, que não são claros e não avaliam o processo de trabalho. A tendência de um processo de avaliação individualizada, que não seja discutido coletivamente, é a concorrência entre os avaliados, entre os setores, e serviços dentro de um mesmo local de trabalho (DEJOURS; BÈGUE, 2010). Esta ferramenta,

nos relatos dos trabalhadores serve apenas para gerar um clima de insatisfação e desconfiança entre os colegas.

Um profissional de mão cheia porque ele foi e, no meu ponto de vista a avaliação dele foi hiper, mega, ultra injusta, um profissional não pode, um aposentado dentro do hospital, que exerce sua função, que não coloca atestado assim, não deixa de vir ao seu plantão por nada, não tem problema no seu trabalho, é assíduo, um profissional ter a nota mínima, pra mim é... não... e uma coisa assim ó tu não tá direto junto com esse profissional pra ti avaliar, tem muita coisa dentro da avaliação também que eu discordo, muitos pontos que eu acho que deveriam ser pontuais não são e outras coisas são.

Outra coisa é esse jogo do... do... da graduação, a gente tem cursos de capacitações, beleza, ok, excelente, é necessário e muito, e assim ó e um achado começar a existir e ser cobrado isso, agora dentro numa gestão eu dizer que eu vou te avaliar menos porque a fulana eu avaliei mais porque a fulana tem pós-graduado, pra mim completamente errado, ela não uso isso comigo, na minha gestão ela nem tocou nisso, mas alguns colegas tiveram isso, então, assim, é errado.

Conforme nos apontam Mendes e Siqueira (2014, p. 154) “O indivíduo que não consegue ter um desempenho adequado é isolado, extirpado concreta ou simbolicamente da organização.” Nestas situações, para permanecer trabalhando, o trabalhador lança mão de estratégias defensivas que devido a sua intensidade e uso de energia psíquica podem levar ao adoecimento. Ou ainda, ele pode tentar se submeter ao que é esperado por suas chefias, e que da mesma forma trará desgaste.

5.2.2.1 Assédio moral

As situações relatadas referem-se à assédio moral no trabalho, na medida em que ocorreram por um período prolongado, com exposição à situações vexatórias na frente de colegas, exposição de situações particulares, pedidos de não comunicação, ameaças, não aceitação de atestados, mudanças de horário e local de atividade sem consulta prévia, entre outras.

Assim como as situações de assédio descritas a seguir, Barreto e Heloani (2014, p. 63) verificaram tantas outras em pesquisa realizada recentemente, em

análise feita “em 3.613 questionários, e quinhentas e trinta (530) histórias, respondidos e enviados via *site* (ASSEDIO MORAL, 2014), correspondendo ao período de janeiro de 2010 a janeiro de 2014 e que abrangem vários setores da economia”. Neste trabalho os pesquisadores levantaram vários aspectos, entre eles, que “[...] apenas o percentual de 12% reconheceu que o tratamento recebido durante a jornada de trabalho, obedeceu ao conceito de dignidade e respeito” (BARRETO; HELOANI, 2014, p. 63), também, entre outros aspectos “[...] 46% da população pesquisada não se sentia encorajada para discutir livremente seu trabalho ou dar opiniões em que fossem consideradas as condições de trabalho.” (BARRETO; HELOANI, 2014, p. 64).

De acordo com Dejours e Bègue (2010), outro aspecto a ser considerado é a traição feita pelos colegas, pela falta de apoio, que pode ser mais danosa do que o próprio assédio.

O silêncio dos outros diante do assédio sofrido por um colega precipita a desagregação do senso comum de justiça, da dignidade, da solidariedade, ou seja daquilo que constitui o “solo” comum sobre o que está construído o “mundo”, este mundo que abriga a pluralidade dos homens. A derrocada do “solo comum” leva ao que Hanna Arendt designa sob o nome de “*loneliness*”, que pode ser traduzido como “de-sol(o)ação” (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 48).

Se o trabalhador tem apoio em seu grupo, tem atenção de seus colegas, as ações são coletivamente vistas como injustiças e como assédio, e assim a vítima de assédio tem suporte para resistir psiquicamente. Mas se ao contrário, a solidariedade moral não aparece, a vítima tem dúvidas de seus atos e busca provar suas qualidades exaustivamente, chegando ao esgotamento, podendo inclusive nestas tentativas cometer erros. De acordo com Dejours e Bègue (2010), pode-se instalar, nestas situações, “a espiral da depressão”.

Nessa relação o assédio não pode ser visto como um problema comportamental, na medida em que o contexto organizacional é que possibilita o seu aparecimento. Torna-se necessário verificar quais as políticas de gestão que geram o assédio, pois “O sofrimento psíquico e os problemas relacionais são os efeitos dos modos de gerenciamento.” (GAULEJAC, 2007, p. 225).

Na dinâmica organizacional, as condutas abusivas de chefes e gerentes são fruto do estímulo pela competitividade (DEJOURS, 1999; FERREIRA, 2008). Nesse sentido, os sujeitos podem representar os papéis tanto de vítima quanto de agressor dependendo como se apresenta a trama organizacional. É importante salientar que a análise do assédio moral não pode ser feita numa perspectiva linear, na medida em que “[...] pressupõem articulações complexas entre o sistema produtivo, a organização do trabalho e os aspectos individuais e interpessoais”. (SOBOLL, 2008, p. 23).

A doença pode ser da organização e não propriamente do indivíduo que apresenta os comportamentos “inadequados”. Por vezes, a agressividade aparece como uma estratégia de defesa psíquica diante das múltiplas exigências, pressões e seduções organizacionais (SOBOLL, 2008, p. 23).

Com relação ao entendimento da situação que levou ao adoecimento dos entrevistados, as de violência psicológica e assédio moral no trabalho são a grande maioria, mas aparecem outras de sobrecarga física de trabalho, e aumento da demanda, sendo que estas são posteriormente complementadas com situações igualmente assediadoras. As atitudes de xingamentos, exposição aos demais colegas e humilhações apareceram em muitos relatos. O que aparece fortemente é a intensidade das situações de assédio e não necessariamente a sua permanência por longo período. O efeito de uma ação assediadora à estabilidade psíquica do sujeito, pode ser ainda mais nocivo do que um processo de assédio de longo período. Um único caso pode ser devastador para a saúde mental, conforme colocado anteriormente.

Foram salientados relatos que demonstram situações assediadoras vividas por trabalhadores em áreas de trabalho diferenciadas. O de uma costureira, de uma técnica de enfermagem, de uma educadora social, de um auxiliar de serviços gerais e de uma cozinheira. Optei por apresentar estes relatos um tanto mais longos para que a situação fique mais clara, por seu processo e intensidade, do que apenas um fragmento.

Neste primeiro relato, a trabalhadora, costureira, traz as dificuldades em seu cotidiano provenientes de um desentendimento entre seu filho, também funcionário da empresa, e a “dona”. Em seguida do episódio, começaram as situações de

humilhação na presença dos colegas. As proibições para sair do posto de trabalho, além de orientações para que os colegas não conversassem.

Ela estragou com a minha vida, eu sou uma das funcionárias mais antigas deles. E tem que ver o que ela fez comigo, agora nesses últimos tempos. O meu filho de 21 anos trabalhou lá. Ele brigou com outro colega e ela mandou os dois embora, até então tudo bem, nós estava normal. Porque eles são um casal e nós somos sete funcionários só. E aí meu filho pediu os seis meses que ela não tinha assinado a carteira dele e não pagou, nem nada. E ele pediu: eu quero aquele dinheiro que tu não me pagou. Bah aquilo ela pegou implicância comigo. Mandou meus colega não falarem mais comigo...

Isso, é um direito dele que ele tava cobrando. Um dia ela me chamou. Eu fui no médico porque eu tenho platina na perna, eu sofri um acidente de moto. E ela não deixava mais eu levantar da máquina, porque a gente levanta e bota os sacos em cima da máquina, e aquilo pra mim é melhor, porque a gente trabalha o dia todo sentada. Quando chega aquele período de colocar os sacos na mesa dá uma aliviada... Ela não deixou mais eu fazer aquilo ali, ela vinha ou ela mandava os colegas para eu não precisar mais levantar. Só podia levantar nos intervalos. Ela dizia: não, a FULANA não é mais para levantar, a FULANA é para ficar sentada só trabalhando. Pegou totalmente no meu pé. E começou a inchar o meu joelho. Aí eu fui no médico o médico meu deu quatro dias, quando eu voltei ela tava virada numa tigra.

Mas isso já vem acontecendo há quatro meses que eu to levando e levando e achando que vai melhorar. Não, ela tá braba agora, porque ela é braba, mas ela vai melhorar...

Mas foi ficando cada vez pior. Ela diz: ah, a FULANA conversa demais. Eu trabalhando há 12 anos. Meus colegas diziam: ah, FULANA tá de castigo, não pode levantar. Mas brincando porque são meus amigos. Todas as sextas ela fazia a gente varrer o ambiente e limpar o banheiro. Ela não deixava nem eu fazer mais isso. Aí eles ficavam rindo. Aí, FULANA tá de castigo, tu não pode fazer nada.

E ela nunca mais me dirigiu a palavra, até agora quando eu fui lá receber esses quinze dias, nós não nos conversamos. Ela não olhou na minha cara e ela só falou comigo porque eu perguntei pra ela, porque eu devia quarenta reais para o esposo dela e ele não tava lá. Eu disse: BELTRANA, tu tem 10 reais trocado porque eu tenho que dar 40 pro FULANO. Ela só viu o dinheiro, não abriu a boca e eu vim embora, ela não me explicou do papel, que eu tinha que trazer. Ela que é a patroa, eu não entendo nada. E aí com a função do meu filho foi isso que aconteceu

Eles falavam nas minhas costas e os colegas me contavam. E quantas vezes eu saí de lá chorando, ficava chato. Passar por essas humilhações, por tanto tempo que eu trabalho lá.

Até quando eu vi um dia na televisão, no Vida e Saúde, eles falando eu olhei a pessoa falando o que é...eu olhei pro meu marido e disse: bah, ela tá falando da "minha chefe", tudo que ela tá falando que o patrão faz ela faz comigo. Eu ouvi a psicóloga falar: é isso que o patrão faz e ela tava falando dela, eu disse pro meu marido: olha ali, tá falando dela. Isso bem nos dias, eu disse: tai, é para eu procurar mesmo, porque se tão falando ali que tem isso é porque tem mesmo. Foi aí que eu falei com a doutora. Mas eu não tinha noção que era assim, chegava em casa fazia as minhas coisas e é só eu mesmo pra fazer e roupa e crianças pra atender e comida pra fazer a pessoa fica bem...daí eu ficava pensando é desse monte de coisa que eu faço...a minha mãe dizia: tu não tem paciência com essas pobres dessas crianças, mas é só eu pra fazer tudo...e ainda passando por aquilo ali...

Conforme Barreto e Heloani (2014, p. 59), na lógica a atual a sobrecarga e a pressão moral fazem parte do gerenciamento. De acordo com a situação relatada, as ações são feitas para o “isolamento e impedimento da manutenção das redes de comunicação entre os pares”. Neste caso a estratégia é eficaz na medida em que impede a solidariedade dos demais e ainda coloca o trabalhador visado na situação de alguém que é displicente com seu trabalho e, portanto, não merece consideração. Por outro lado, também traz aos demais trabalhadores o medo da demissão caso descumpram as ordens, gerando um ambiente de desconfiança geral, estando todos dominados pelas normas impostas. No caso desta costureira, a chefia foi construindo movimentos no grupo para que a trabalhadora fosse desqualificada e desvalorizada.

A seguir, a técnica de enfermagem relata não ter sido orientada corretamente sentindo-se induzida à assinatura de uma advertência que não era correta, o que desencadeou uma série de outros acontecimentos em seu trabalho, culminando com a demissão.

Na sexta feira foi meu ultimo dia trabalhado, no dia 9 foi uma troca. Foi aniversário de um aninho da minha neta, no domingo de noite eu tava na emergência do hospital, com a perna inchada, pela segunda vez me deu a trombose, pela dor e inchaço eu já sabia o que era. Fiquei internada uma semana, uma semana eu fiquei em casa, o médico até quis que eu entrasse no INSS por que eu precisava um pouco mais de repouso. Eu disse não, eu não quero interromper meu aprendizado, eu vou tentar. Voltei a trabalhar, no segundo dia trabalhado eu tomo uma advertência. Na sexta eu tinha feito a lavagem dos filtros e esses filtros têm que ter nome dos pacientes. Alegaram que na linha que conecta com o filtro não tinha o nome do paciente e aquilo ali era uma falta grave e que na segunda-feira a vigilância tinha estado lá e pego justamente aquilo. Só que quando eu voltei do atestado não me mostraram, podiam ter me mostrado, “ô tá aqui”, não me disserem o nome dos pacientes, pois se foi paciente do salão são grupos fechados, se foi paciente do sábado não fui eu porque sábado eu não tava no hospital. Só que na hora eu assinei a advertência porque eu fiquei nervosa quando eu vi aquele envelope e a enfermeira me chamando na sala, justamente a enfermeira que começou o assédio moral pra cima de mim. Me comparar com funcionários que tem 12 anos de experiência. Eu comecei a ficar acuada e achei que eu conseguia dar conta daquilo sozinha eu não procurei ajuda, eu devia ter procurado a psicóloga do hospital na época como fez um outro colega. É com 24 horas que tem que dar a advertência eu não podia nem ter assinado.

Depois assumiu outra interina que começou a me comparar com outros funcionários, me chamar atenção na frente dos familiares dos pacientes, me cobrando coisas que eram tarefa dela, depois que eu fui saber. A função de ver quanto tempo de hemodiálise tem o paciente é o enfermeiro que vê junto ao médico e coloca o papelzinho dizendo e a gente só chama o paciente. A insegurança começou a bater, porque eu não tenho todo esse conhecimento e toda a prática que as colegas que ela tava me comparando. Eu me senti de um jeito, eu senti culpada: eu fiz uma porcaria tão grande

que me demitiram. Depois eu fui saber que para demitir não é assim, eles podiam ter me mandado pra outro setor. No momento em que me ofereceram para voltar para a CTI²⁴, o doutor falou que eles não fizeram jogo limpo comigo, eles podiam ter dito “olha, tu não tá te enquadrando, nos precisamos de alguém com experiência aqui”

Uma colega que só tinha um mês a mais do que eu, também foi chamada atenção na frente dos outros colegas. Eu cheguei a falar: eu to com medo de perder meu emprego e ela: mas só depende de ti, eu não posso te garantir nada. Eu até ia fazer um curso de hemodiálise fora, eu pago, tiro dinheiro e pago.

Os trabalhadores desejam realizar bem suas atividades, eles não querem fazer um trabalho mal feito (DEJOURS, 2000), mas muitas vezes pelas pressões no cotidiano são levados a fazê-lo. Ao fazerem algo que sabem que não seria o adequado, sentem-se culpados e assumem um erro que muitas vezes não é seu, mas por sua vulnerabilidade não conseguem contrapor. No caso desta trabalhadora, o sentimento de se sentir descartável e ter sido dispensada sem explicações, nem ao mesmo com o oferecimento de seu posto de trabalho anterior, fez com que descreditasse de sua capacidade para o trabalho.

Esta outra trabalhadora, educadora social, fez uma lesão enquanto deslocava-se em função de seu trabalho, estava de ônibus com uma colega para uma visita. Após um curto período, ainda em recuperação, teve uma queda no trabalho, agravando a mesma lesão.

Ele me questionou, não aceitou esse meu atestado. Disse que eu tava cavando mais uma estabilidade. Que eu teria estabilidade de um ano daquela CAT anterior. Aí eu disse pra ele “Não tem por que, eu me machuquei, minhas colegas viram.” Nem eu... Eu nem fui no médico. Depois quando eu comecei a escrever, eu senti desconforto de novo na mão. Aí mandaram eu fazer uns eletro da mão e o médico deu um parecer que de repente teria que fazer uma cirurgia. Levei tudo isso pra ele, ele não aceitou. Daí o INSS aceitou. Aí eu não fiz a CAT com ele. Daí fui no sindicato, que fez a CAT pra mim, reabertura, e o INSS aceitou. Quando eu voltei pra empresa eles me questionaram como é que o sindicato faz uma coisa assim sem ligar pra eles? Por que que deram essa CAT e o INSS, daí ele disse bem assim pra mim, até gravei umas falas dele: “Tantas pessoas precisando do INSS e tu vai lá e tu consegue”. Ah, aquilo ali foi indo e foi indo, comecei a ficar muito mal aí começou a me... como é que se diz... Me pressionar e sempre me chamar em salas. Aí eu ficava numa sala fechada só eu e ele e mais o responsável do RH, chamava testemunha porque eu disse “olha, tu tá me coagindo, FULANO.” Ele: “Não, não tô te coagindo”. Só quando eu fui lá pedir esse papel depois pra mim ir pro INSS ele disse “Nós vamos se encontrar em breve”, porque depois eu não volto, quando eu entro no INSS eu não volto pra pegar nenhum documento. Aí ele disse assim “em breve nós nos veremos”. Porque eu não tinha mais que voltar. Aí

²⁴ CTI: Centro de Tratamento Intensivo

eu fiquei pensando "ele já tá com a carta da Justiça". Aí quando foi no dia da audiência, que eu tive audiência no dia... em novembro... acho que foi o dia esse, não me lembro agora, ele bem tranquilo, o advogado questionou um desconto que eu tava tendo e ele disse "não vim pra falar de desconto, eu só vim pra audiência" daí a advogada dele disse "não, tu tem que esclarecer o que é esse desconto" e era do empréstimo consignado que eu fiz com eles e eles tão... aí fiquei sabendo que o bannisul me botou no SPC porque a empresa não tá descontando. Tá me descontando e não tá repassando. Então tudo isso na minha cabeça, mexe. Então porque que eu vou voltar lá pra aquela... se eles tão tudo me prejudicando? Dá pra entender assim que eu tô sendo descontada, eu não tô devendo pro banco...

Aí ela disse pra mim "FULANA, tu pode ver que no almoço..." -que a gente tem refeitório, a gente almoça tudo lá- "eu não sento mais contigo porque eu já fui orientada a não estar mais contigo porque se sobrasse qualquer coisa, eu estaria no meio". Daí ela me disse "não é que a gente esteja proibida de andar contigo, mas tudo a gente cuida agora no espaço que a gente vai ter contigo".

A gente antes almoçava livre. Eles começaram a fazer contenção de despesas, a gente assinar o almoço, a gente tinha conta, quantas vezes tu almoça, quantas vezes não almoça, tem café e tudo. Então quando tu entra no refeitório, aí entrava no refeitório "por causa de fulana a gente vai ter contenção de despesa". Porque se a Justiça for favorável pra mim, vão ter que tirar dinheiro do PROJETO pra me pagar, alguma coisa assim né.

E aí, daí que nem ele disse no dia da audiência lá né "Nós temos quinze anos de casa e tu é o quarto que bota na Justiça", daí eu disse assim: "É né, FULANO, porque na verdade, quantas vezes as pessoas vem te procurar e tu coage as pessoas? Tu sempre diz assim 'tu não me bota porque tu sabe que lá fora o serviço tá difícil, então se tu me botar qualquer coisa...'" Ele sempre deixou bem claro que a FUNDAÇÃO que é quem nos paga, então eles não podem ter nenhum problema com a FUNDAÇÃO. Daí eu disse "mas eu não tô, não sou eu que tô te causando problema, é tu que tá me causando problema. Então se tu vai ter problema com a FUNDAÇÃO tu vai ter que responder, não é eu."

No relato, os responsáveis pelo RH da empresa começaram a pressioná-la de forma individual, chamando para conversas sem a presença de outros, impedindo, ainda que os funcionários conversassem entre si, além de instigarem um conflito dizendo que ela seria a responsável pelo aumento de controles e por futuras contenções de despesas, caso ganhasse o processo na justiça. Na pesquisa de Heloani e Barreto citada anteriormente (2014, p. 64), aparecem relatos semelhantes a este, onde "[...] da população pesquisada, 47% confirmaram a existência de comentários maldosos que variavam em frequência, desde "poucas vezes" a "sempre".

Na situação seguinte, este trabalhador – auxiliar de serviços gerais – recebeu uma advertência por escrito em seu trabalho, onde constava reclamatória: "[...]por excesso de gentileza ao ponto de perturbar". Ele assinou a advertência, pois no momento não sabia o que fazer, mas já havia recebido outras verbais e situações

semelhantes continuaram até sua demissão. Segundo ele, a sua gentileza e educação, além de sua formação profissional incomodavam suas superiores (todas mulheres). Inclusive, com advertências (verbais) de assédio com conotação insinuante, sedutora, por parte dele para as chefias.

Sabe... então... e de uma maneira abrupta assim tipo a pessoa me botou pra rua, o cara tirou o crachá de mim, o mesmo cara que esteve aqui, o pessoal até estranhou a minha reação perto dele porque eu não tive uma reação boa perto dele, não fui mal educado, não xinguei, mas eu fiquei extremamente constrangido porque o cara simplesmente me tirou o crachá e eu disse assim “tá, mas eu preciso pegar as minhas coisas”, “não... não... agora tu não é mais funcionário, o que tu pode fazer é entrar no vácuo de alguém”, bem assim, “alguém que vai entra lá no vestiário”, eu disse “cara, mas nesse horário ninguém vai entra lá essa hora”, “ah não sei, te vira... entra no vácuo de alguém pra ti pode retirar tuas coisas” e aí isso me causou constrangimento também porque eu tive que fica esperando alguém entra ou alguém se predispor a abrir.

Sim, uma reorientação que tem lá Carla tá escrito assim, eu assinei ela e elas não me deram a minha segunda via, tá assim: por excesso de gentileza ao ponto de perturbar

Quando eu fiz a integração eles botaram todo mundo junto, tinha médicos, tinha residentes, tinha enfermeiras, tinha técnicas, todo mundo junto, eles não iam ir lá e separar vocês, era vocês saberem que fazem parte de um grupo e um grupo como um todo, vocês são iguais, só que lá não, na prática é completamente diferente, na prática se tu tá com teu carrinho no elevador eles não entram sabe, na prática um cara como eu com um jaleco da limpeza fazer um elogio ou te cumprimentar com um sorriso ou falar com você sempre sorrindo é motivo pra qualquer outra coisa a não ser assim pô o cara é educado, o cara tá de bem com a vida sabe, ou as pessoas chegarem e te dizerem assim “não, tu só tem que limpar, tu só faz o teu trabalho, limpa o teu chão, recolhe o teu lixo e pode embora” isso é horrível. Com as chefias, tu não pode cumprimentar, porque daí tu já tá... houve situações onde a supervisora chegou e disse assim “olha, dá um tempo cara, teu assédio tá demais”, como assim meu assédio tá demais gente?

Isso tomo uma proporção tão grande que quando eu chegava elas diziam “lá vem o perigoso”

É tipo assim tinha coisas determinadas que eu havia feito de uma maneira equivocada com horário e dia específico... então foi ali que eu vi que tinha uma pessoa me cuidando mesmo, então elas não tem a capacidade de te explicar elas chegam e te atiram de paraquedas, setor FULANO e aí tu vai te vira nos trinta, tu tem que perguntar pros outros, aí tu já arruma umas inimizades porque as pessoas dizem “tu não sabe nada? Não te falaram nada?” ... bem assim “que que adianta tu aqui então se tu não sabe a rotina” e ali tu já cria uma distância negativa.

Nunca antes... ali eu senti o drama... “eu preciso de um psicólogo”, “tu não precisa nada”, “ não, preciso sim”, “não, mas não dá pra marca tá tudo lotado”, eles tinham essa coisa Carla, por tudo quanto é mais sagrado, eles te diziam assim na cara “não, não tenho, tu não precisa” ou tu tá te fazendo de coitadinho ou tu quer arrumar alguma coisa pra tu arrumar um atestado, eu nunca...

Só me dizia os meus direitos e a maneira que eu tinha que me portar diante de determinadas pessoas, a maneira que eu tinha que me impor, e sempre essa maneira de impor nunca foi de uma maneira desrespeitosa sabe... então não é justo isso cara.... aí tanto é que elas chegaram lá agora pra me botar pra rua e disseram assim ... um mês, dois meses depois... “infelizmente tu não mudou a tua postura tu continua sendo muito gentil, algumas pessoas continuam se sentindo incomodadas, aí a gente percebeu

que o teu trabalho se tornou muito ruim e a gente viu em dois anos e dois meses que tu não tem perfil pra higienização, estamos encerrando o teu contrato” assim... sabe... entra no vácuo de alguém pra pegar as tuas coisas... daí tu vê que tu não é nada, se eu já me sentia um nada, ali foi pior ainda.

Voltei depois de quatorze dias, elas não questionaram nada, ficaram caladas, elas viram o atestado do sindicato, porque elas tem o hábito de dizer que os atestados, elas plantam isso na cabeça da gente assim, atestado de fora não vale pra elas... sabe... e fora que tinha coisas assim, tinha banco de horas quando ia olha o meu banco de horas sumia

Eu perdi o concurso agora porque que elas me botaram pra rua, teve um outro concurso da cozinha que isso ia me leva aos céus que o valor ia sê o dobro do que eu ia ganhar, dez minutos antes de eu ir fazer a prova ela disse “tu tem prova hoje né?” eu disse “tenho sim”, “então assina essa advertência”, eu disse “mas porque gente?”, “ah porque vieram me dizer que tu fez isso, isso e isso”, não tinham provas cabais de nada.

Além deste relato anterior feito pelo trabalhador, o mesmo também vivenciou várias situações de abuso de poder, humilhação e intimidação como esta de ser “muito educado e gentil”, incomodação apontada, segundo ele, por ter mais estudo do que o pedido para sua função, de modo que ser agradável e educado era visto como “uma certa ameaça” para as chefias. Para este trabalhador o reconhecimento pelo trabalho bem feito nunca foi verbalizado, nem mesmo nas avaliações. Na pesquisa de Barreto e Heloani (2014, p. 65) “[...] 43% dos trabalhadores poucas vezes tiveram seu trabalho reconhecido e valorizado pela chefia.”

No relato a seguir, a trabalhadora sempre teve sua atividade relacionada à feitura de alimentos. Já possuiu restaurante, cozinhou para eventos, inclusive com premiação em revistas nacionais por criação de pratos. Mas sua história pessoal com algumas dificuldades financeiras fez com que procurasse trabalho em fábrica, com carga horária menor. Relata ter sido envolvida em “fofoca” entre a secretária e dona da empresa, sendo que, a partir disso, esta última a expôs a situações humilhantes em relação aos demais trabalhadores.

Foi assim, em começo de outubro, fim de setembro eu comecei a perceber umas mudanças em relação as pessoas na empresa porque falaram mal da minha comida. A minha patroa disse “tu sabe que não tá cozinhando bem” mas eu tava cozinhando bem, não tinha queixa de nenhum funcionário. Ela dizia pra mim bem assim: “tu sabe que a tua comida não tá boa.” Eu achava aquilo... eu não sabia, pra mim aquilo era novidade. E ela me disse isso umas duas ou três vezes. Tá, aí ela pediu pra eu fazer um cardápio, eu fiz cardápio. Aí ela fez revisão do cardápio, mudei algumas coisas. Mas assim, com o valor de dinheiro era pouco também, então não era uma... Tu tinha pra cozinhar com o que tu tinha, entendeu? Não tinha mais assim, e eu até fazia milagres. Eles até diziam isso. Aí eu comecei a perceber uma maneira de me tratarem diferente.

Ela e a secretária dela. Sabe assim, com frieza, com distância. Tudo bem né, eles querem que eu peça demissão mas eu não vou pedir. Se quiserem, não estão satisfeitos com meu trabalho me mandem embora. Só que depois foi aumentando esse assédio, esse mau trato assim, sabe? Ela chegou ao ponto de ir na cozinha me ensinar a fazer arroz feijão e bife, que é um básico de uma cozinheira. E eu sou uma pessoa que há anos atrás, há uns seis, dez anos atrás eu ganhei prêmios da revista Veja. Eu ganhei vários prêmios de concurso de culinária. E não tenho necessidade de escutar o básico de uma alimentação: arroz, bife e feijão. Ela foi na cozinha me ensinar a fazer isso. E o que ela queria com isso: me humilhar, me espezinhar.

Depois que eu parei pra pensar em tudo que tinha acontecido eu me lembrei daquela situação também, entendeu, que foi de não usar o banheiro feminino do escritório, que era o único banheiro que tinha feminino, eles me obrigaram a usar o banheiro dos homens na fábrica. E eu me sentia humilhada com aquilo.

E eu tinha que usar o banheiro dos homens. E ela queria que eu limpasse o escritório, ela queria que eu limpasse o banheiro, eu sou cozinheira, eu não sou faxineira. Eu fazia isso há um tempo atrás também, só que eu não tenho condições, eu não tenho joelho pra tá me abaixando pra fazer limpeza. Eu não tenho coluna e joelho por isso que eu quero uma empresa menor. Eu faço bem o que eu faço, que é cozinhar. Agora ela disse “não, tudo bem”, mas depois ela começou a me cobrar aquilo, entendeu?

É, mas isso é pouco. Não é muita coisa. Eu só fiquei indignada com essa situação dela querer.. aí eu comecei a limpar o banheiro, porque ela ficou me pressionando pra limpar o banheiro dos homens. Aí eu comecei a limpar porque eu também tava usando, porque era um nojo aquele banheiro. Então eu fui obrigada a limpar ele também porque eu queria usar o banheiro. Aí eu trazia álcool de casa e passava no vaso pra eu poder sentar, pra poder né. Passo a maior parte do dia ali dentro, tenho que ir ao banheiro né? Mas tudo bem, aquilo eu passei por cima também, não tem que ficar... “senta o facho, fica quieta, fica aqui, falta pouco tempo pra te aposentar, falta oito anos, então fica”. Eu pensava comigo assim. É, eu fui lá algumas vezes que eu tive que receber o último décimo terceiro, parcela em duas vezes. E eu sempre fui com alguém, nunca fui sozinha. Porque da primeira vez que eu fui lá assinar uns papéis pra receber o restante que sobrou do meu salário, elas me falaram muito desaforo. Ela principalmente, a dona. Aí eu não quis mais sozinha, sempre levava alguém. E eu tenho que ir lá essa semana pra buscar um papel pra perícia no dia quatro de fevereiro, eu estou sem coragem de ir lá.

Importante ressaltar que nesta empresa a trabalhadora era uma das poucas mulheres em atividade, o que parece tornar mais humilhante a situação de ter sido forçada a usar o banheiro masculino, dos trabalhadores da fábrica, ao invés do escritório (que era usado pelas demais) e também lhe ser solicitada a função de faxineira. Além disso, a situação de ser humilhada pela chefe ao tentar lhe ensinar a cozinhar chegou a levá-la a desacreditar da sua capacidade de desenvolver bem seu trabalho. Conforme coloca Soboll (2008, p. 22), “No assédio moral, a empresa é palco da violência e o objetivo é prejudicar, excluir ou anular o trabalhador que se transformou em *persona non grata*”. Nesta situação o assédio está sustentado pelo medo, a humilhação e a falta de comunicação.

5.2.2.2 Violência psicológica

Os atos de violência aparecem de diversas formas, em atitudes, palavras. Às vezes expressas pela própria chefia imediata, em outras, por pessoas que são intermediárias dessa função e até mesmo colegas. De acordo com Soboll (2008), a partir de variados conceitos, a violência psicológica pode ser definida como:

[...] um conjunto de comportamentos que ofende e humilha, uma vez que é constituída de atos ou processos agressivos, os quais transgridem as regras que garantem a harmonia e o convívio social no contexto de trabalho, em determinada cultura (SOBOLL, 2008, p. 141).

A violência psicológica tem origem em uma relação de abuso de poder, como ameaça ou ainda omissão nas relações de trabalho. Busca neutralizar o trabalhador, ou um grupo, no sentido de controle de ações principalmente inibindo questionamentos. Na prática,

[...] se concretiza por meio de instrumentos coercitivos (explícitos e sutis) ou por fatos e situações de uso intenso e desproporcional de força, permeados de exageros, abusos, maus-tratos, isolamento, perseguição, humilhação, intimidação, manipulação, ameaças, constrangimentos e pressões exageradas (SOBOLL, 2008, p. 142).

Como consequências, o trabalhador pode apresentar prejuízos à saúde física e psicológica, como pode ser visto nos relatos a seguir. Em algumas situações, os atos de violência psicológica, antes ocorridos de forma isolada, transformaram-se em práticas de assédio moral.

Eu cheguei e disse assim “boa tarde” e ela disse assim “fala, o que tu quer?”... assim... “eu queria vê se a senhora tem o número da manutenção pra que eu possa chama em razão da porta que tá estragada”, e ela assim “do que tu me chamou?”... eu bem assim... e ela assim braba, braba mesmo... eu disse “senhora”... “mas o que tu tá pensando que tu é hein? Que idade tu tem?” “eu tenho 35 anos”, na época eu tinha 35 anos, e ela disse “cara, tu tem 35 anos e eu aparento ser dez anos mais nova que tu, eu não quero mais tu chamando de velha aqui porque senhora, senhora deve ser a tua mãe e quer saber de uma coisa? Tu pega o número e tu liga, liga tu mesmo e chama a manutenção tu mesmo” e saiu porta fora e chegou uma outra que era responsável pela área na época e pergunto “tá tudo bem?” eu disse “não, não tá tudo bem” ... “pois é eu vi que ela se alterou, tu foi estúpido com ela?”, “não, em momento algum eu fui estúpido, eu chamei ela de senhora”.

[...] ela falava em alto e bom tom gritando com a gente no meio dos pacientes...e isso é uma coisa que te deixava muito frustrada. Isso te deixava muito frustrada, e aí a gente voltava pra copa... sabe... porque... aí tu fala com a tua colega “porque que ela faz isso, porque eu vou falar...”, não, eu não posso falar pra ninguém, porque se eu falar vai ficar pior ainda a situação... é... literalmente manda quem pode né e ela era o caso de ter esse mandar. Chego um ponto que uma colega minha tava do meu lado, trabalhando comigo, distribuindo as coisas e ela veio com um pote de margarina na mão... “olha aqui isso aqui tem demais lá dentro, que não é pra pedi demais porque vocês usam um por dia...” e os paciente olhando pra gente... aí ela vira as costas e o paciente olha pra nós e diz “é de certo vai fazer falta pra ela”... e com que cara que tu fica?... sabe.. com vontade de sair, como eu dizia pras gurias, eu tenho vontade de sair chutando ela pela escada sabe...porque ela fazia assim umas coisas muito irritantes, muito de criança...

Um dia a minha esposa teve um sangramento quando ela tava grávida e eu peguei e fui, eu só avisei o diretor, o pivô ali, que ele não ficava de tarde né, eu disse “olha a minha esposa tá mal no hospital, eu vô lá”, que um ano atrás ela tinha perdido o nenê e ela foi fazer a eco e eu não fui e fiquei com aquele trauma né... e daí eu peguei e fui e aí no outro dia ele me chamou na salinha e disse que eu não era médico pra largar do serviço e ir lá porque eu não ia resolver, alguém que ficasse com ela lá que... isso eu já não gostei, daí fomos indo... fui tentando relevar, tentava mudar, tentava me empenhar mais e mudar algumas coisas que ele pedia...

[...] a única coisa que eu quero é que eles me tratem que nem gente, sem desprezo, sem mau caratismo, sem arrogância, porque assim ó cinco por cento de pessoas que eu conheci lá dentro são pessoas incríveis e o resto noventa e cinco não... noventa e cinco se acham.

Porque as pessoas se sentiam mal com a minha presença, comigo limpando na sala, era horrível isso. Eles tem essa característica muito forte no hospital que você é da limpeza parece que tu é radioativo sabe. Só que assim, a nível da instituição, que é uma instituição que trabalha em cima de humanização não podia ser assim...

As reações de chefias com gritos e situações que chamavam a atenção, também foram práticas frequentes relatadas pelos trabalhadores. De acordo com Soboll (2008, p. 143), são vários os comportamentos que podem ser caracterizados como violência psicológica no trabalho; “[...] humilhações, provocações de grupos, discriminações, gestão por estresse, gestão por injúria, agressões, pontuais, assédio organizacional.”

Porque na prática tudo funciona de uma forma diferente. Então, que nem aconteceu até aqui, eu saí do centro obstétrico porque essa enfermeira completamente histerica, que ela não sabe conversar, ela berra, ela grita. Pra uma chefia eu acho que ela tinha que ter uma outra postura, entendeu? E é esse estilo de coisa que eu não aceito, entendeu? Tu pode chegar e me chamar a atenção, mas conversando, não berrando, nem gritando, nem histericamente.

Aí se tu chegava, se tu tava com problema, ah eu to com problema com minha mãe, com meu pai, e ela dizia: graças a deus o meu já morreu e eu não tenho esse tipo de problema. O funcionário já sentia totalmente desamparado.

Trabalhadores relataram situações em que não aceitaram “fiscalizar” ou “delatar” os colegas e a partir daí começaram a sofrer retaliações. Soboll (2008, p. 189), coloca que ao pesquisar a relação entre violência psicológica e organização do trabalho, quatro posicionamentos evidenciaram-se nas condutas dos trabalhadores; “submissão; evitação; rebeldia; e enfrentamento”. Neste caso, o relato da trabalhadora, demonstra sua forma de agir frente à situação de violência.

Se tu for puxa saco de chefia, tá levando coisinha pra chefia, tem um tapete vermelho de uma certa forma. Depois é o estilo de coisa assim, que eu tive um estresse que a chefia queria que eu entregasse meus colegas pra ela, que eu falasse das coisas que eu visse, que eu falasse... isso não é função minha, é função dela. Eu nunca fui esse estilo de pessoa, não é agora que eu vou ser. Detesto esse estilo de coisa, já pra começar, detesto esse tipo de coisinha, então jamais. Tive um estresse também de uma certa forma com ela porque eu disse na cara dela, né.

Nas situações de adoecimento, os atestados ou laudos médicos eram questionados apesar de legalmente serem aceitos.

Eles têm mais interesse com alguém de fora, na realidade do que com o próprio funcionário deles ali, que é tratado como se fosse um lixo, entendeu? Mesmo que tenha tudo ali, mas tu vai procurar fora, tu... sabe? Coisas se for do interesse deles, a gente sabe que a eles conseguem, que eles fazem. Então tu é tratado de uma forma... “ah, mas esse quadro não fecha, tendo crises convulsivas tu tem que ver um psiquiatra pra ti” sabe? Tudo é duvidoso, tudo que tu coloca te fazem um questionário, te perguntam “o que tu sente?”, mas voltam de novo pra te perguntar de novo. Aí vão lá pra outro assunto, daqui a pouco, é como se eu tivesse ali na realidade digamos assim uma audiência, via judicial.

Em momento de demissão, os trabalhadores não tinham direito a serem esclarecidos do que estava acontecendo ou mesmo poderem pegar suas coisas que estavam guardadas. A ordem das chefias era de que não tivessem contato com outros e que não ficassem sozinhos, pois poderiam tentar alguma coisa durante sua saída da instituição, como pegar materiais, documentos.

Não sei se tu percebeu, desde o início eu to me segurando pra não chorar porque é uma coisa que me deixa muito mal, é uma coisa que eu queria tanto...quando o rapaz foi com o papel na sala, a chefia enfermeira, entrou alguém do SETOR pra eu assinar minha demissão, eu tremia...e quando

ele me pediu o crachá, eu disse: sabe o que é isso que eu tô te entregando aqui? É a minha medalha, porque eu lutei tanto para entrar aqui e tu tá tirando a minha medalha, do meu merecimento, do meu esforço pra entrar aqui..ele ficou sem ter o que dizer. Na hora da assinatura, eu não conseguia assinar...tudo aquilo ali, o que desencadeou até agora é medo, raiva. Esses dias eu tive no hospital pra fazer uma consulta não lembro do que e eu tinha que votar, que a orientação do sindicato era que como eu ainda tava cadastrada na lista do HOSPITAL eu podia votar...eu tô ali, terminei de votar, quando eu me virei pra sair eu enxerguei ela, entrando na associação dos enfermeiros eu cheguei a acelerar para pegar pelo cangote e bater e descarregar a minha raiva. No momento que eu acelerei eu já travei...eu disse: que eu tô fazendo? Eu tenho medo de entrar no hospital sozinha e dar de cara com alguém. O dia que eu tive que subir no segundo andar, foi bem no horário que estão buscando os pacientes e não deu outra eu encontrei o pessoal...

E agora quando a INSTITUIÇÃO me demitiu, eu pedi para trocar de setor, voltar para emergência ou outro setor, porque eu continuava nessa salinha, e aí a chefia levou um tempão para avaliar, e depois chegou e me disse, armou um circo né, horroroso, que quando demitiam uma pessoa que tinha maior entendimento eles faziam um circo, de medo que essa pessoa fosse forjar um atestado para ser não ser demitido. Que não era o meu caso, era meu interesse ser demitida. Aí um dia armaram um circo horroroso, eu não sabia que a pessoa que ia ser demitida seria eu, não tinha a menor ideia, achava que podia acontecer, mas não tinha a menor ideia, e nesse dia o médico do trabalho atrasou para fazer o demissional, aí a minha chefia foi para o departamento de pessoal, que sempre quando eram pessoas entendidas, a chefia acompanhava até o departamento de pessoal, acompanha até o médico do trabalho, o médico fazia a solicitação de exames, e uma de nós acompanhava as pessoas até o local dos exames, evitar forjar um atestado, um acidente. Quando eram pessoas mais esclarecidas ou que complicavam demais.

E nas demissões, os trabalhadores relatam que poderiam ter sido avisados em suas avaliações durante o período de experiência, o que não ocorria. Em alguns casos, o momento da demissão era mais um espaço de coação.

Não, em nenhum momento depois elas me falaram nada a respeito disso. Ela disse: FULANA tu fica tranquila, se tu não te adaptar aqui a gente tenta trocar, fazer uma transferência, porque mesmo depois do FULANO estar lá na CTI, se tivesse consenso com as chefias dos setores, podia fazer a troca. Mas aí foi uma retaliação, porque inclusive, esse outro colega, da parte da manhã que foi da CTI, essa mesma enfermeira começou a pegar no pé dele, só que ele foi esperto, eu já tinha sido demitida, né. Tudo que a enfermeira tava fazendo ele tava falando para o RH, ele foi na psicóloga. Ele fez o que eu deveria ter feito. Mas eu achava que eu podia resolver sozinha. E o que fizeram com ele? Inclusive tinham pacientes que não queriam nem olhar pra cara dele. Mudaram ele de setor, porque não fizeram isso comigo?

Tem uma pessoa lá que eu tenho contato e me conta as coisas que estão acontecendo, ela disse FULANA continua um inferno aqui, ela continua pegando no pé. Uma colega que já está a dez anos ali, disse: FULANA comigo foi a mesma coisa, só que ela não conseguiu pelo fato de eu já vir com experiência pra cá

Ela disse pra mim que por ela, ela já tinha terminado o contrato. Mas eu ainda tenho o mês e meio ainda pra ver se eu mudava alguma coisa, mas que ela já sabia que não tinha mais jeito, mas que ela ia me dar a oportunidade de me dar um mês e meio pra ver se eu... sabe? Eu nunca esqueço quando ela falou isso pra mim, sabe? Se ela realmente viu que eu era uma pessoa e não, e não deu certo, então tá, agora vamos terminar o contrato e eu vou dizer: "olha, FULANA não deu certo, não sei o quê, aquela coisa" terminou aquela coisa, manda embora pronto. Eu não tinha, ela não tinha direito de dizer que ela não sabia que eu era tão ruim. Ela chegou a dizer que eu era MUITO ruim.

Como visto, as avaliações são relatadas como momento de sofrimento. Mas em alguns casos, além da forma de condução do processo ser questionada pelos trabalhadores, as avaliações, muitas vezes sem a presença de outras pessoas, eram acompanhadas de xingamentos e ofensas verbais.

Mas assim, a nutricionista aí ela ficava sabendo assim das minhas reclamações aí meu deus do céu ela vinha e me xingava assim, e já tava na segunda avaliação. Na segunda avaliação ela assim, ela só faltou me dizer que eu era um lixo.

Registrado, registrado elas tem reorientação... só que o que acontece, normalmente quando tu tem uma advertência, algo do extremo, tu vai no RH e eles te orientam "não tu tem tantas coisas", só que na ocasião eu cheguei lá e não tinha. Não tinha nada, era pleno terrorismo. Eu tive várias reorientações, não... várias não... tive umas três ou quatro, só que era assim... eu disse assim "eu não vou assinar isso, não tá certo" e elas bem assim "é melhor tu assinar se tu quiser continua trabalhando". Essa coação, essa coisa de chegar e dizer assim.... e várias vezes, várias vezes elas usaram isso.

Além das situações de violência psicológica, foram relatadas duas situações de violência física entre colegas e que não tiveram posicionamento das chefias. O segurança patrimonial relatou que um dia quando fazia a ronda de motocicleta, acabou caindo do transporte por ter batido em um fio de metal que estava estendido de um lado a outro da rua, na altura de seu pescoço. Não chegou a se ferir, pois estava devagar. Depois disso, começou a pensar que podia ter sido proposital e conversou com um colega mais próximo que confirmou que outros colegas haviam feito isso para assustá-lo. Ele levou a situação para sua chefia que não tomou nenhuma providência. A partir daí começou a ter ideias de "perseguição" que os colegas queriam matá-lo.

Em outra situação, a trabalhadora foi agredida por uma colega no local de trabalho, conforme relatado a seguir.

Dai eu fui falar pra dona, porque eu sabia que a dona tava lá na frente, dai ela veio atrás de mim (colega) correndo e me pegou pelos cabelos.

Eu não sabia que a outra tinha sido suspensa, eu pensei que as duas tinham sido demitidas. Primeiro me falaram que ela tinha se demitido, e eu fui demitida. Daí eu fiquei sabendo que eu voltei e fui demitida numa segunda, e ela na segunda seguinte voltou a trabalhar normalmente com a turma dela, e todo mundo agiu como se nada tivesse acontecido. Como se eu fosse a culpada, eu até conversei com a dona, e ela falou: eu tive os meus motivos pra manter ela na escola, então tá bom se a senhora acha que está tudo certo... Por isso que eu vou depois processar a escola.

Para Gaulejac (2007, p. 225), na maioria das vezes os trabalhadores sentem-se individualmente assediados porque estão sobre pressão coletiva intensa. “Todavia, por não poder intervir sobre as faltas cometidas pela organização do trabalho, eles se agridem mutuamente, até se ferindo [...] Se estiver sozinho, desenvolve perturbações psicossomáticas.” Como o trabalhador não pode agir sobre as causas de seu sofrimento, e se voltar contra seu agressor, posto que muitas vezes esta é uma figura abstrata – sistema, gestão, organização – esta energia agressiva é voltada para o outro que está no mesmo ambiente, no caso o trabalho.

5.2.2.3 Assédio de colegas - Permissão - Participação da chefia

Alguns relatos trouxeram situações assediadoras promovidas pelos colegas, com conivência da chefia. Isso era demonstrado quando a chefia não tomava posição do caso de um desentendimento entre colegas, ou ainda, quando “tomava partido” sempre do colega assediador. Em algumas situações, as discordâncias no trabalho chegaram às agressões físicas e não somente verbais. Conforme aponta Soboll (2008), as situações de violência psicológica, não ocorrem apenas pelos gestores, mas também pelos pares. De acordo com Dejours (1999), estes trabalhadores que são partícipes das situações assediadoras, desenvolvem estratégias de individualismo e racionalização, e essas práticas são fruto do incentivo para a rivalidade e competição no trabalho.

Depois começou a história da senhora que judiava no berçário dos bebês, eu via e começou a me subir o sangue de ver aquilo, porque ninguém falava nada. Ela tava há muitos anos na escola, todo mundo via, sabia que ela fazia e ninguém fazia nada. Um dia eu peguei e falei pra ela. Ela começou a dizer que eu não fazia nada, que ficava só sentada. Olha eu estou brincando com as crianças, eu faço o que eu posso. Ela queria mandar em todo o berçário, ela achava que tinha o domínio de todo o berçário então ela influenciava muito as colegas e eu acabei falando pra ela e depois, pra dona da escola, que eu não admitia aquilo que ela judiava dos bebês pegava pelos braços, deixava chorando. Eu falei pra dona e nada foi feito. A mulher não podia me ver que sempre falava, não foi lá falar mal de mim? Eu não falei mal de ti eu apenas falei a verdade, tu maltrata mesmo os bebês, tu te faz de boa a querida na frente dos pais porque tu judia deles.

No outro dia eu voltei e elas estavam lá com papel pra eu assinar, justa causa. Só que no papel dizia que eu tinha gritado no pátio na frente das crianças, que eu tinha me avançado na colega, que eu não tinha respeitado. Eu falei: eu não fiz nada disso, em nenhum momento eu me alterei no pátio, eu não me alterei, eu tinha duas pessoas, minhas colegas de testemunha, que contaram depois que realmente tinha acontecido isso. Porque na hora a colega que eu briguei não falava coisa com coisa. Só ficava me acusando, mas depois ela falou que deu muita raiva nela e ela não sabe o que aconteceu. E como ela já estava na escola há 7, 8 anos e eu há 3 anos, acabaram me demitindo e suspenderam ela. Depois ela voltou a trabalhar normalmente, aí eu tava grávida e voltei a trabalhar, aá ela foi obrigada a me admitir, ela nunca que iria me indenizar em casa.

Importante salientar que essas relações entre os trabalhadores, demonstram o quanto todos ficam submissos à complexidade de um sistema gerencial punitivo, que ao invés de promover a cooperação incita que a agressão se volte para o próprio grupo.

5.2.2.4 Espaço de Reunião (ou ausência de)

Daqueles que relataram algum espaço de reunião ou de encontro no local de trabalho, foi no sentido de cobrança ou de passagem de informação. Em nenhum momento para discussão do trabalho e/ou falar das dificuldades encontradas no cotidiano.

A primeira fala da trabalhadora relata uma reunião que acontecia diariamente, numa empresa da área do comércio, onde todos participavam e ficavam de pé em roda.

O ruim mesmo era a hora do bom dia... Antes da loja abrir, os responsáveis pelos setores, chefias, encarregados e gerente ficavam em roda e davam BOM DIA! Sorrisos, risadas. Depois disso começavam as cobranças e problemas do dia anterior. Muita pressão. Durante o dia essas pessoas nem se falavam, parece que a gente nem se conhecia.

Esta situação evidencia o quanto o espaço de reunião é utilizado como prática de cunho controlador e punitivo e não para a construção conjunta. Nas demais histórias o espaço é utilizado com o mesmo fim ou apenas para a passagem de informações.

Tem reunião de copa, que a reunião de copa é a nutricionista, a técnica e as colegas que trabalham na mesma copa, do turno da manhã e do turno da tarde, essa reunião de copa é pra resolver o que: gurias tá saindo atrasado, porquê? que tem que mudar? melhorar? Gurias aumentou tal rotina, a partir de hoje vamos ter que fazer isso, isso e isso, é como se fosse informativa.

Tipo lavar a roupa suja não rola. Não, porque, o que acontece, no momento que tu leva ao grande grupo um problema, uma situação que ocorreu, por exemplo, eu, as erradas e as ruins é eu e FULANA. Nunca se resolve, é sempre aquela coisa assim ó tu fala, tu reclama, só que no momento que tu reclama é que nem professor que pega aluno de ponta, aqui é muito assim.

Tinha essas reuniões até acontecia, mas era reuniões de cobranças, de mudanças...

De trabalho, mas só no sentido assim de que mudou tal coisa, que não pode isso, que não...

Só de informação. Exato, entendeu, é uma reunião só de informação.

Não, com a administração e com eles é só quando tinha assim uma coisa mais cobrada que aí partia pra eles, mas assim de nós termos a reunião e falar pra eles o que tá acontecendo pra nós nunca teve, ela fazia reunião toda a segunda porque aí era questão do intervalo uma, duas horas de intervalo, não fazemos as altas no terminal como tinha que fazer e aí toda a segunda-feira era esse inferno, eu digo "aí pô ninguém é criança né", mas... aí foi por último que eu disse "olha, ou eu vou largar de mão, entra no embalo eu não vou porque eu consigo fazer"

Para Dejourns (2004, 1999), a construção de um espaço público de discussão é o *locus* onde os trabalhadores problematizam e elaboram questões relacionadas ao trabalho.

Neste espaço genuíno é possível então que a palavra circule livremente sem que haja represálias. É um espaço que resgata os vínculos afetivos, a solidariedade e a cooperação entre os trabalhadores rumo à mobilização coletiva e à construção da saúde mental no trabalho (MERLO; BOTTEGA; MAGNUS, 2013, p. 148).

A falta de espaços coletivos para discussão denota a intencionalidade das instituições em evitar a construção solidária e cooperativa dos trabalhadores. O atual modelo de gerenciamento não leva em conta que a partir da participação de todos os processos podem ser revistos e reconstruídos trazendo benefícios para a própria organização do trabalho. Ao contrário, para instituições baseadas em modelos de controle, coercitivos e punitivos, a participação dos trabalhadores é sempre ameaçadora para a sua manutenção.

5.2.3 Relação com o Trabalho – Dedicção

A relação de importância para com o trabalho, dedicação, interesse em permanecer trabalhando está presente em todas as falas. Mesmo àqueles que foram assediados ou estão afastados por longos períodos, todos falam da importância do trabalho em suas vidas. Para Dejours e Bègue (2010) é mais fácil pensarmos a importância do trabalho na vida dos sujeitos, se invertermos a situação colocando os efeitos da falta dele.

Para muitos sujeitos, o trabalho é um poderoso operador de construção e estabilização da identidade e da saúde mental. Todos os estudos epidemiológicos o mostram: a privação de trabalho, a demissão, o desemprego de longa duração aumentam consideravelmente o risco de descompensação psicopatológica, expressa pelo alcoolismo, toxicomania, depressão, violência, suicídio etc. (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 30-31).

As histórias de extrema dedicação ao trabalho, de “vestir a camiseta” da instituição são as mais comuns nos casos de adoecimento. Os relatos demonstram que muitos trabalhadores largavam tudo em função do trabalho, inclusive família, filhos, e os cuidados com a saúde. Dejours e Bègue (2010) apontam que são os mais engajados que têm sofrido com a desqualificação de sua participação na esfera do trabalho, principalmente pela falta de reconhecimento de sua contribuição.

Eu gostava, eu dizia ainda para eles, eu falei no dia que a gente brigou, eu não vinha nem pelo dinheiro, mas mais pelo gostar de trabalhar, de ir. Até meu marido perguntou: FULANA tu não tá nem com um pouquinho de falta do serviço? Eu disse: não, nem um pouquinho mesmo. Nada de vontade de trabalhar naquele lugar.

O meu trabalho é uma coisa que me deprime se eu não tiver exercendo ele e se tiverem me tolhendo de fazer aquilo que eu gosto e a perda, doença também, eu não nasci doente, eu não vou ficar doente, eu vou trabalhar a minha cabeça, eu vou ir aonde eu tiver que ir, eu vou resolver isso. Agora... luto, olha amiga... é complicado. E o meu trabalho mexe muito com isso, tu lida, porque daí o que as pessoas fazem?, elas se agarram em ti e eu tenho, eu digo, eu tenho essa pré-disposição.

Quando deu aquele acidente de Santa Maria, eu liguei domingo pra ver se eles tavam fazendo grupo, eu me ofereci, deixei meu telefone com a administradora, que administra uma parte do hospital. Na terça seguinte, depois desse acidente, ela me chamou, eram nove horas da noite eu tava entrando no hospital pra trabalhar na UTI, como eu tenho experiência, e fiz vários plantões na UTI, nessa emergência.

Uma das coisas que eu digo, o meu chefe, a mulher do RH, eles sabiam de tudo, das minhas dúvidas, e na hora lavaram as mãos. Uma vez eu tava indo pra São Leopoldo, o meu chefe me ligou dizendo que o FULANO não ia poder trabalhar a noite, pediu pra mim ir. Eu larguei tudo e voltei pra trabalhar, pra ajudar. Eu tenho aquela coisa de apoio. E chega na hora lavam as mãos. Te rala sozinha. É essa gente que eu defendo. Tô largando meu marido, meu filho...

Carla, tu sabe que não é demérito pra ninguém né, qualquer trabalho é trabalho desde que seja correto, seja justo, seja honesto, só que ali não, eles não fazem essa questão, ali... eu acho que eles fazem tu te sentir tão lixo quanto aquele lixo que tu segrega.

E o meu trabalho é assim, cozinhar pra mim é uma benção e um milagre. Porque eu cozinho com amor. Não tem uma vez que eu não faço comida com amor. E aquilo dela me ensinar a cozinhar e dizer que a minha comida tá ruim... [choro] aquilo foi uma dor muito grande pra mim.

Eu era muito querida com todos os pacientes. E assim, sempre tem pacientes... tem as crianças que são os pacientes e tem as mães que são acompanhantes né? E eu me dava muito bem apesar de eu não estar querendo dar a tal dieta, mas eu ia lá e fazia com o maior amor, sabe? Com o maior carinho, e elas adoravam. Elas adoravam, sabe? E eu chegava lá e as vezes eu queria assim só entregar o lanche e já sair pra já seguir meu trabalho e eu não conseguia porque elas conversavam comigo, sabe? Elas sempre falavam que, eu lembro como se fosse hoje, teve uma paciente assim, ela também era muito nova, e ela disse "mas tu chegou ontem e tu já sabe tudo que eu gosto" sabe? Eu nunca esqueço assim, sabe. Então eu sei que eu não era tão ruim, sabe?

Nos aspectos de dedicação ao trabalho, os relatos são afetivos e carregados de sentimentos, estes muitas vezes ambivalentes devido ao sofrimento. Mas a relação de pertencimento ao trabalho sempre está presente. Sabe-se que as pessoas trabalham para contribuir com o seu local específico de trabalho, mas também com a sociedade, dando sua contribuição social; em troca, esperam uma retribuição simbólica que é o reconhecimento pelo sofrimento que têm ao realizarem suas tarefas (DEJOURS; BÈGUE, 2010; 2004). Mas, o que ocorre atualmente, é que esta retribuição simbólica ou moral está cada vez mais esvaziada, mais sem sentido. Há uma supervalorização da retribuição material, e por mais que esta seja importante, ela não é suficiente para alimentar o pertencimento e engajamento do trabalhador ao seu trabalho.

Então isso eu comecei a trabalhar por quê?, porque eu sou uma pessoa que eu não gosto de errar, eu não gosto de errar no meu trabalho, aí a pessoa “ah, mas tu é humana, tu erra”, eu tenho ciência disso, só que eu também tenho ciência que o meu trabalho ele pode prejudicar e muito a outra pessoa, então o estresse psicológico que tu tem pra fazer o teu trabalho correto, pra não prejudicar uma pessoa, junto com a quantidade e a qualidade que eles exigem é um estresse psicológico, um estresse emocional muito grande, tu tem que lidar com várias emoções ao mesmo tempo.

É que eu vejo assim, o ser humano perdeu muito aquela coisa de coração, ele tá muito automático. Porque tu vê cada absurdo, e tem coisas que eu não aceito. E nesse ponto eu gostaria de ser um pouco diferente, porque isso me machuca internamente. Porque eu não consigo ver uma injustiça, e eu me cobro internamente, mas tem coisas que não conseguimos resolver, pois não depende da gente.

Aí tu vê muito coisa, funcionário que não tem a mínima condição de trabalhar por problema psicológico, o INSS larga, o médico afasta de novo, aí joga para cá e para lá. E eu sempre que pude tentei ajudar o funcionário. Não favorecer funcionário que tinha vício de faltar, porque tem gente que faz, mas aqueles necessitados sempre procurei ajudar, uma vez tinha uma senhora que tinha câncer e ela não sabia o que fazer, a chefia achava que ela queria matar trabalho, na verdade ela tinha uma coisa séria, aí eu fui atrás dessa senhora dei toda a assistência, ela foi internada, fez cirurgia, agora ela tá aposentada, um dia ela voltou e veio me agradecer por aquela ajuda, porque era uma pessoa bem coitada que era da nutrição.

Eu não tenho problema nenhum com o hospital, com a empresa. Eu tenho adoração. Eu sou muito ligada com o pessoal da nutrição, fiz meu círculo de amizades. Amanhã é a festa de encerramento de final de ano e eu vou. Mas não vou nas festas do setor.

Apesar do interesse em permanecer trabalhando ou retornar ao trabalho, as falas remetem à evitação das vivências de sofrimento ocorridas. Como dito anteriormente, as pessoas esperam uma retribuição pelo seu trabalho que é o reconhecimento do trabalho bem feito.

Eu nunca quis tirar atestado, agora eu já to preocupada, que eu penso em voltar semana que vem, mas não sei se vou ter condições, e quando se aproxima do tempo de voltar eu fico muito agitada, eu tô me preparando, hoje eu vou sair daqui e vou ir lá no HOSPITAL levar os papéis que o psiquiatra me entregou para mudar de setor e também de noite, quero trocar tudo, para ver se melhora minha cabeça também, quero ir para a noite da enfermeira FULANA, que é aquela que não faz burocracia, é uma pessoa humana. Mas eu posso fazer o teste, eu não posso perder a coragem e desistir.

Então hoje não me sinto apta, não me sinto mesmo, mas eu penso que voltar a trabalhar bem, ser a pessoa que eu era, feliz, hoje eu não sou feliz, quero voltar a ser feliz, trabalhar feliz, se um dia conhecer alguém ser feliz, isso eu penso, por isso que eu venho nas consultas, eu procuro médicos e voltar ao centro de novo. Não com o hospital, só atendo as pessoas que querem meu bem. Não tenho contato com ninguém, com chefia. Eu não cogito fazer outra coisa, porque a cirurgia, o bloco cirúrgico é o que sempre quis fazer, gostei. Hoje uma área que eu pensei e me identifiquei é um pós na área da enfermagem do trabalho, mesmo antes de acontecer isso, e tentar a ajudar os trabalhadores, eu já tinha comentado com algumas pessoas. Essa área eu também gostaria e que me interessava. Assim como tem a minha profissão, a minha área, também tem várias áreas que sofrem pressão, de produção, metas, de cuidar de patrimônio.

Se o trabalhador evita seu trabalho, para impedir o sofrimento, é porque este sofrimento não pôde ser transformado em prazer a partir do reconhecimento. Neste caso, a identidade que “é a armadura da saúde mental” (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 41), está sem consistência, sem consolidação e enfraquecida.

5.2.3.1 Enfrentamento

Muitas vezes os trabalhadores fizeram o enfrentamento individualmente, sem contar com o apoio dos colegas, mas pelo entendimento de que o acontecido não era correto ou justo, não se calaram e responderam às chefias. Os enfrentamentos foram individuais - mesmo que algum colega compartilhasse do entendimento - pela ausência de grupo, e/ou de cooperação entre os pares. Estes relatos demonstram o

quanto os trabalhadores não banalizaram o mal feito a outros colegas (DEJOURS, 2000), colocando em questão um sofrimento ético (VASCONCELOS, 2013; MENDES; ARAÚJO, 2010; BOTTEGA, 2009) já que, para perceber o sofrimento alheio, o trabalhador desencadeia um processo afetivo de tomada de consciência (DEJOURS, 2000).

Constata-se que a ausência da mobilização coletiva contra o sofrimento se explicaria por um desenvolvimento da tolerância à injustiça. A percepção do sofrimento alheio provoca um processo afetivo, com base na história particular do sujeito. Mas, se o trabalhador está impossibilitado de exprimir seu sofrimento no trabalho, é quase impossível reconhecer o sofrimento alheio.

Nesse tempo parada eu começo muito rever conceitos. Eu nunca fiz mal pra ninguém, nunca passei por cima de ninguém. Teve um caso que aconteceu lá que eu achei muito grave, eu sou a primeira a levantar e abrir minha boca. Se alguém quiser vir comigo vem, se não eu mato no peito sozinha, mas até onde isso é válido? quantas pessoas tu vê que passam por cima, machucam outras pessoas e se dão bem na vida.

Ela não me disse nada simplesmente ela me tirou e disse pra supervisora tu não pode mais falar com o pessoal da enfermagem que a FULANA não quer, “eu digo mas eu não sou muda”

Esses tempos também eu fui falar pra ela um negócio e ela pegou e disse “é, se tu tem problema eu não tenho nada a ver com isso, tu tem que trabalhar o teus problemas”, aí eu peguei e disse pra ela “não, tu já parou pra pensar que o meu problema tá aqui dentro, o meu problema tá aqui dentro, não é lá fora?”

Inclusive na reunião que ela fez, a penúltima reunião que eu participei ela citou o nome da colega essa que ela demitiu, a FULANA, aí ela disse “é vocês tão vendo aí o caso da FULANA, foi demitida por excesso de atestado” eu digo “pois é ela foi demitida por excesso de atestado” aí eu falei né “mas botar a mão na massa como ela botava ninguém bota, quer dizer, ela foi por excesso de atestado e aí tu perdeu uma baita de uma funcionária em razão dos atestado porque aí ninguém pega ou um, dois pega e os outros não”... é como eu disse é o meu jeito, eu não vou mudar nem contigo, nem com ninguém, eu sô assim, se eu tenho direito eu vou atrás do meus direito, só que eu não desrespeito ninguém né... então a questão é essa

Daí um dia eu discordei dele na frente dos outros que quem tava tirando a produção era nós que eles não tavam tirando a produção que até era bom ele conversar com eles e nisso ele já não gostou, daí quando tirava a produção ele começo a falar, falar, falar.. nós da manhã, aí eu perguntei “o senhor é chefe da manhã ou da tarde?”, daí deu né... perdi o amigo... é que isso incomodava todo mundo só que ninguém tinha coragem de falar, só que eu sou assim, eu se eu tiver que te falar eu falo, daí eu falei só que foi

um erro crucial. Daí ele começou a se encarnar, me humilhava... que nem tinha umas chaves lá que era em polegadas no meu posto e as porcas eram em milímetros e eu tava espanando e eu pedi pra qualidade ir ali vê, daí eu espanei duas porcas, chamei a qualidade e a qualidade tava vindo pra trocar pra auferir ali e ele veio me humilhou, disse que não queria sabe mais que espanasse as porcas, daí eu puxei o saquinho da manhã e tinha nove, dez porcas espanada da manhã, daí eu disse assim “eu espanei duas porcas tô vendo problema da manhã tão espanando só, isso é tudo dinheiro fora que vai”, daí ele já não gostou também...

Os relatos apontam que os entrevistados também enfrentaram momentos de não concordância em advertência ou documentos de registro de ocorrências no local de trabalho. Estes trabalhadores colocam em questão no trabalho uma situação de justiça e de direito, e de não se mostrarem obedientes a situações que consideram condutas abusivas e de retaliação. Por outro lado, estes enfrentamentos são de ordem individual e por essa razão trazem ainda mais sofrimento. Por mais que seja um enfrentamento ao medo pela coragem, esse encorajamento não se mantém por muito tempo já que não encontra sustentação.

Eu não assinei o papel, tá errado, eu não fiz isso, se tu tivesse colocado o que eu te relatei. Eu não me alterei eu não me avancei nela eu apenas me defendi. Se tu colocar que eu me defendi, eu briguei, mas porque eu me defendi, aí eu assino.

Foi aí que chegou o extremo delas quererem me dar uma advertência, uma advertência funcional, aí no fim acabo numa reorientação cuja qual eu botei embaixo “não concordo”, foi a primeira vez que eu peitei elas... e aí foi a primeira vez que eu peitei né e botei embaixo “não concordo” e assinei... essas mulheres davam pulo de um metro de altura.

Aí ela voltou e ela trancou o meu cartão ponto, eu ia todo dia na sala dela, assinava e depois ia para o meu setor, ela trancou meu ponto lá nas trocas e chegou no final do mês e eu recebi 100 e poucos reais, aí eu disse como se eu não tenho faltas, por que isso? e aí eu ia num e ia no outro e ninguém sabia me explicar, ninguém tinha interesse, aí eu fui na coordenação e a coordenação disse que ela estava de férias que tinha que esperar a outra voltar, aí eu me possuí, sai dali e fui direto na sala do diretor, e eu desabei e joguei toda a “merda no ventilador”, falei tudo, da falta de humanidade dela, falta de organização, que ela tinha trancado o ponto, que eu tinha feito os meus plantões e minha colega também, que quando eu retornei ela deveria liberar o ponto, por isso ela fez de propósito.

Conforme apontado por Soboll (2010), o enfrentamento feito pelos trabalhadores é feito no sentido de questionamentos e de intervenções concretas na realidade do trabalho. “Ao mesmo tempo em que o trabalho é o espaço de submissão e de dominação sobre o trabalhador, é igualmente o espaço de

enfrentamento, de resistência e de construção da identidade e de luta pela dignidade.” (SOBOLL, 2010, p. 210).

5.2.4 Escuta – Atendimento

Muitos dos trabalhadores e trabalhadoras em sofrimento/adoecimento psíquico relacionado ao trabalho buscam atendimento psíquico com psicólogo e/ou psiquiatra, nem sempre conseguindo. Do grupo dos entrevistados, apenas 04 estão sem algum tipo de vínculo. Por outro lado, não chegam a 10 trabalhadores e trabalhadoras que tem um acompanhamento psicológico periódico e com vínculo.

Neste grupo de entrevistados temos trabalhadores atendidos em seu próprio trabalho, por serviço de medicina ocupacional, além de outros que frequentam grupo ou atendimento individual em seu sindicato, mas como a demanda nestes locais é grande, às vezes o atendimento é mensal. A maioria tem algum atendimento com psiquiatra ou clínico geral para cobertura medicamentosa, mas nem todos são da rede pública, gerando pagamentos pelos atendimentos. Mesmo com avanços na área da saúde ainda encontramos dificuldades na caracterização da vinculação entre os quadros clínicos e o trabalho, tal como apontado por Seligmann-Silva (1995, p. 289):

Não existe um consenso que tenha permitido uma classificação dos distúrbios psíquicos vinculados ao trabalho, existe uma concordância da importância etiológica do trabalho, mas não a respeito do modo como se exerce a conexão trabalho/psiquismo de forma suficiente a permitir um quadro teórico. Os distintos modelos teóricos vêm trazendo dificuldades para a clínica e prevenção.

Apenas uma das entrevistadas tem atendimento ambulatorial, psicológico e psiquiátrico frequente e periódico no SUS, mas por ser portadora do vírus HIV é atendida nos serviços específicos da política.

Um trabalhador relatou ter sido encaminhado para um CAPS Ad (por abuso de substâncias psicoativas), mas não se sentindo acolhido no serviço para falar do que acontecia em seu trabalho, não voltou mais.

Na maioria das vezes o atendimento inicial é feito por um médico do trabalho ou clínico geral, que dependendo do local ou de sua possibilidade e/ou conhecimento da rede de atendimento faz encaminhamento para outros profissionais.

Todos os trabalhadores e trabalhadoras atestaram a importância de algum tipo de acompanhamento de profissional da área da saúde mental, mesmo os que não estão em atendimento. É importante que os profissionais possam direcionar sua escuta para o sofrimento/adoecimento psíquico relacionado ao trabalho, como colocam Franco e Magalhães Júnior (2007, p. 04) “[...] onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado.” Estes aspectos serão aprofundados e discutidos em detalhe, no item 5.3 mais adiante, na Linha de Cuidado em Saúde Mental do Trabalhador.

A médica me disse que não, é o estresse que eu estou. Ela botou no atestado que é transtorno de adaptação e estresse grave. É isso aí, ela fez tudo isso aí. Eu discuti com ela antes de eu ir na dr^a FULANA, ela me deu os quatro dias e aí eu voltei. Aí nós discutimos porque eu disse, me manda embora, eu não quero mais trabalhar aqui, vocês me fizeram tudo isso. Aí ela mesmo reconheceu: ah, é, eu fiquei braba porque o teu filho cobrando dinheiro, ele sabia, ele entrou consciente que eu não ia assinar a carteira dele. Mas eu disse: o meu filho é o meu filho e eu sou eu. Eu sou uma pessoa e ele é outra.

Aí eu quase explodi... literalmente eu cheguei um dia... eu já tava tomando medicação pra dormir... então, eu consultava todos os meses com a psiquiatra do SETOR pra ela me dar nova receita, ver como é que eu tava se eu tava conseguindo dormir. Porque eu chegava em casa e..... enquanto eu tava dentro do meu núcleo com a família, conversando ou botando pra fora o que tinha acontecido durante o dia ou pegando as coisas deles, que a gente praticamente só se junta a noite, tava tudo bem, eu tava bem, só que quando eu deitava pra dormir eu começava a remoer aquelas mágoas do dia, aquele estresse, aquela complicação e eu não conseguia dormir, aí eu chegava pra trabalhar cansada, já chateada do dia anterior, que não resolveu ficava acumulando... e aí eu comecei a tomar essa medicação pra dormir e um belo dia eu cheguei na consulta, que era só pra pegar outra receita, e a médica me perguntou “como é que tu tá?” e eu não consegui segurar, eu desandei na frente dela, eu digo “olha, eu tô explodindo por isso, isso e isso...” aí ela me perguntou assim “tá, mas tu já trabalhou hoje?” e eu digo “não, tô indo agora trabalhar”, e aí ela viu que eu não tinha condições e por um tempo ela me afastou, me deu três dias pra mim ficar em casa, começou um tratamento com Fluoxetina que era pra mim conseguir... como ela diz..... manter um pouco mais a calma, o remédio não vai elimina os problemas, mas vai te ajudar a manter mais a calma.

E aí a PSICÓLOGA viu que isso tava muito relacionado com uma pessoa em específico, não com o trabalho, como eu sempre disse pra ela eu me acostumei a trabalhar dentro do meu serviço e gosto de trabalhar com aquilo... e eu não conseguia mais lidar com ela, eu não chegava a expor isso pra ela, mas fica visível no teu rosto, no teu jeito de tu falar, na maneira com que tu aceita o que essa pessoa te fala também. Aí a PSICÓLOGA pegou e perguntou se ela poderia levar o meu problema adiante, e eu disse que sim, mais ruim do que tava não ia ficar né. Aí a um tempo atrás eu troquei de setor, me desliguei de dentro da emergência, me colocaram faz dois meses...

Eu busquei... eu busquei porque eu cheguei assim a um ponto que eu vi que eu não tava mais conseguindo dormir, eu não dormia a noite, eu passava a noite inteira me acordando de meia em meia hora e durante o dia o que eu tinha cansaço, falta de energia total, eu não tinha vontade de fazer nada e aí o que eu fazia, eu comia... Aí eu tive um acompanhamento com ela por vários meses aonde a gente se via uma vez por semana, aí eu chegava lá e chorava, chorava, chorava, desabafava com ela tudo. E aí foi quando ela me indicou pra psiquiatra, então me dar uma medicação pra mim pode dormir melhor, depois de um tempo a psiquiatra achou que não só o sono resolveria o meu problema, mas que eu teria que tomar também uma outra medicação pra tentar equilibrar um pouco o humor, porque eu dizia pra ela assim que tudo era muito extremo, tudo tinha muito peso, assim com eu tava rindo com muita facilidade com todo mundo, brincando, qualquer coisinha era motivo pra mim tá muito triste e chorar.

Eu tô em casa eu tô bem, eu chego lá...uma médica me disse que eu tenho que encarar, se não ia virar um trauma...como eu ia voltar se aquilo lá tava me fazendo mal??? Depois eu fui num médico particular, mas não continuei porque a consulta era muito cara. Depois eu consegui uma por aqui, que é no centro, que é R\$ 31 a consulta.

Alguns locais de trabalho que possuem atendimento médico e psicológico fazem a diferença na escuta dos trabalhadores que estão afastados, em processo de readaptação ou em adoecimento. De acordo com Mendes e Araújo (2011, p. 175):

A clínica como promotora do espaço de fala para o sujeito, busca intervir no discurso, dando condições de ressignificar vivências, dar novos sentidos e refletir em um nível de consciência diferente. O ato de ceder esse espaço traz grandes mudanças, seja pela oportunidade de repensar, seja pela sensação de ser escutado por um outro que se posiciona de maneira aberta para realizar essa escuta, para interagir e discutir o que foi vivido quando em contato com o trabalho.

Esta escuta às questões específicas relativas ao trabalho atenua e elabora a violência sofrida, num processo que permite ao trabalhador se posicionar novamente de forma ativa frente ao trabalho.

Fui deixando, aí comecei a ir na PSICÓLOGA, foi onde ela entrou, que eles fazem trabalho com pessoas de retorno né, que teve muito tempo afastado e a Dra. FULANA, médica do trabalho, me encaminhou pra ela, inclusive, ela disse pra mim, a Dra. FULANA, um dia me chamou, não sei se foi ela que relatou alguma coisa porque elas andaram conversando, a chefia e a médica do trabalho, por causa dessa minha restrição e aí eu fui numa consulta e ela disse pra mim “é eu tô preocupada, não, porque tu vê né... tem pessoas que vão da depressão pra euforia, aquela coisa toda”, “não precisa te preocupar que eu não estou eufórica. “Ah, não tem gastado muito?”, “não, eu até tô bem centrada, tenho meus objetivos e tô conseguido conquistar eles e assim.... realmente, eu tô me melhorando a cada dia, não quer dizer que eu tenha superado e eu estou ótima, não... hoje tu está me vendo num dos dias que eu tô bem, mas tem dias que tu tô mal, muito mal, só que eu não venho aqui.” Porque assim, uma coisa que eu comecei a trabalhar também, eu não quero remédio

Então, assim, mexe com muita coisa assim em muito pouco tempo [...] o nosso baque emocional ali ele é muito maior do que os nossos problemas de LER por movimentos repetidos... né... tem uma grande demanda de trabalho e tá cada vez maior, o hospital vem ganhando vários prêmios, então, ele vem exigindo bem mais, tem muita parte humana, trabalha muito com a parte humana, inclusive essa parte da psicologia não tinha, a gente tinha a psiquiatria, mas era atendido junto com a população, o que eu acho que teria que ser mesmo porque o hospital não é de funcionário né... é da população, então, eu não tinha que ser beneficiada, e tinha a psiquiatria, se demorava a ter atendimento, muitas coisas que a gente vivia no trabalho de pressão, de stress, de assédio a gente não tinha com quem contar, a gente ia contar pra alguém de fora, que não entendia o teu trabalho, que muitas vezes só queira te medicar e muitas vezes os problemas da gente a gente não quer tomar um remédio porque o remédio vai passar na hora... tu entendeu? Tu quer desabafar, que alguém te ouça, que de repente te traga alguma coisa de como tu vai agir se caso vier a acontecer, tu entendeu? Então, assim, esse atendimento que o hospital dá da psicologia hoje em dia dentro do hospital, isso é muito bom, tem sido muito bom, tem olhado o trabalhador assim... né..., então, assim, eu tenho que estar bem pra executar aquilo que ele tá me pedindo né... então, assim, teve, tem esse trabalho, então, assim, o nosso trabalho é como eu te disse, tu vê nascer, mas tu vê morrer.

Mesmo aqueles que não estavam em atendimento periódico no momento das entrevistas relataram a necessidade de falar com alguém, de ter quem os escutasse. Um dos efeitos da escuta clínica ao trabalho é o de tirar o sujeito de sua solidão, da individualização de seu sofrimento e adoecimento, por mais que este seja singular.

Até quando a moça me atendeu, ela perguntou: o que tu pensa, tu quer um acompanhamento? Eu disse; eu quero, simplesmente. Aí eu pedi pra ela e ela disse: quando eu tiver eu vou te ligar. Porque às vezes a gente consegue aqui dentro mesmo, né? Foi isso que eu ainda disse pra ela, eu acho que eu preciso conversar com alguém, porque eu não era assim, eu tô assim agora. E ela disse: eu vou te conseguir, quando eu te conseguir eu encaixo e te ligo.

Sim, só que eu acabei trocando, comecei com o do convênio e demorava trinta dias para a próxima consulta... e eu sempre quis alguém que me entendesse e lá parece que tu não tá a fim de trabalhar... “tu vai ficar em casa um dois dias depois voltar a trabalhar” mas voltar a trabalhar pra mim era pior.

Mas também, eu fui na consulta de manhã e vim pra cá de tarde e ela perguntou: tu falou isso? Eu disse não. Ela só perguntou se eu tava dormindo bem e mandou eu continuar com os remédios. Ninguém para e te escuta. Não é só isso...tem mais coisa junto...

Uma das opções de encaminhamento têm sido as clínicas de atendimento nas universidades.

Terça e quinta com a psicóloga, e uma vez no mês com psiquiatra. (Na Clínica da UFRGS)

Na UFRGS eu tenho falhado. Porque as vezes a psicóloga, eu troquei de psicólogo entendeu? [...] mas acontece que o psicólogo ele antes de tudo eles vêem como trabalho, mas eu já vejo como amigo que eu posso, entendeu?

Foi, primeiro foram dois estagiários que me atenderam, começaram a conversar comigo. Aí eu chorando, ih, choradeira sem parar. Aí perguntaram “tu tava com vontade de tirar tua vida?” Acho que foi uns meses atrás, eu ainda tava pensando seriamente em fazer outra bobagem. Aí ele disse assim: “não, mas tu não pode”, o rapazinho, eu não me lembro o nome deles. Aí depois veio o doutor. Aí eles conversaram comigo, eles levam depois lá pro doutor e o doutor vê. Aí ele fez todos os exames comigo, tocou em mim, fez não sei o que. Aí eu também chorei com ele, conversei contei toda a minha história de novo e aí ele disse “Não, tu tá com sofrimento de assédio moral” acho que ele botou assim.

Para os trabalhadores sindicalizados que conhecem a estrutura de atendimento sindical e buscam auxílio, esta tem sido a maior possibilidade. Alguns sindicatos possuem acompanhamento jurídico, médico e psicológico, como é o caso citado pelos trabalhadores participantes desta pesquisa. Estes sindicatos têm buscado a construção da clínica do trabalho e qualificado este atendimento. “O Sindicato ao trazer esse espaço clínico para o âmbito do conjunto, propõe construir com o outro, do particular ao geral.” (ARAÚJO; MENDES, 2014, p. 35).

Foi o médico do trabalho do SINDICATO que disse “não cara, tu não tem condições ou é isso ou a gente vai te encosta”.

Me demitiu, não queria que eu fosse lá me despedir dos colegas, ele disse “não, não é pra ir lá”, eu disse “não, eu vou ir lá”, peguei e fui lá dei tchau

pros guris, falei com o pivô e ele disse “cara pra nós aqui ele não perguntou nada do teu desempenho, porque o teu desempenho tá muito bom, eu tinha que botar dois cara pra fazer o que tu tá fazendo ali”... daí eu fui demitido e eu já tava em tratamento, daí falei com o diretor da saúde do SINDICATO o dia que eles tavam me demitindo e ele falo assim “não, isso aí tu pode te afastar”, foi ele que me deu as... que daí ele me indicou ela a PSICÓLOGA daí eu comecei.

Como ele começou a acompanhar, ele viu. Ele disse: vou te levar lá e você conversa com o Dr. FULANO, tu vai ver que ele é uma pessoa que não tem igual, tem uma paciência. Eu vim, ele me encaminhou pra PSICÓLOGA, e disse: consulta um psicólogo, de repente a gente pega um psiquiatra e juntamos os laudos e de repente eu tento te encostar por depressão. Era a ideia dele na época, só que daí a coisa reverteu, e daí apareceu a doença. Foi aí que ele disse pra mim: mete atestado, inclusive os 15 dias que eu tive, foi o Dr. FULANO quem me deu.

Médica do trabalho. Ela me avaliou, conversou comigo e me mandou pra doutora PSICÓLOGA. Aí com a doutora, nem pra ela eu não contei que eu tinha tomado os remédios. Com a doutora PSICÓLOGA eu consegui me abrir. Depois assim. Eu já tô com ela já faz acho que uns quatro meses que eu tô com ela. Depois que eu me abri com ela.

A organização do atendimento psicológico no Sindicato também em grupos de discussão sobre o trabalho, sofrimento e adoecimento é uma prática muito valorizada pelos trabalhadores. No espaço de grupo proposto pelos sindicatos, os trabalhadores têm a possibilidade de construção de um coletivo por mais que este não seja o coletivo da organização do trabalho (MENDES; ARAÚJO, 2011). Contudo, o que os une, é a vivência de violência sofrida no trabalho, seu sofrimento ou adoecimento.

A PSICÓLOGA fez primeiro uma consulta individual depois me convidou pra participar do grupo. Teve um período em que eu não consegui ir, até por tá tomando um monte de remédio. Remédio pra dor, pra depressão, anticoagulante. Tudo aquilo ali me dava dor de barriga, ferida na boca, passava a noite mal, com diarreia, e isso tava me impossibilitando de ir num lugar onde pelo menos eu tava achando palavras amigas, apoio. Eu fiquei um período sem ir ali e aquilo tava. Eu não querendo onerar muito a minha família, tava sendo pior.

É assim, sabe por quê? Por causa que até eu já falei pra psicóloga assim, a gente vê assim, a gente fica em grupo. E a gente, eu vejo muitos problemas assim, sabe? E eu vejo que o meu problema é uma coisa de nada em vista dos outros. É, tu entendeu? Assim, mais aí então eu chego, eu dou risada aí tudo assim sabe, mas assim, é uma mágoa assim, que isso eu não consigo tirar.

E tu mesmo sabe que eu vim pra cá, eu fiquei aqui com ela um tempo, aí quando vê eu fui embora da INSTITUIÇÃO, fui fazer outras coisas, aquela

coisa e achei que eu não precisava mais. E o que eu tô fazendo aqui? Eu fui e voltei em função dela. Claro, Tem os meus colegas são uns amores também mas eu vim em função dela, porque ela que me orienta e me diz "FULANA, assim é bom, assim..." sabe? Ela que me orienta.

E na doutora PSICÓLOGA. E antes eu vinha todo de mês em mês, aí eu passei pra quinze em quinze, agora eu venho toda a semana. Porque eu me sinto tranquila daí. - Uhum, venho no grupo. Vou hoje pegar o laudo e fico esperando até as quatro, das quatro às cinco e pouco que a gente fica no grupo.

Daí a doutora FULANA me atendeu maravilhosamente, ela, o grupo dela é muito bom. Eu consigo falar, coisa que eu não falo em casa eu falo no grupo. Porque o que entra ali no grupo não sai pra fora. Então isso me dá essa tranquilidade de falar lá com ela assim.

Aí eu tava muito preocupada, e assim, eu tinha um acolhimento fantástico no SINDICATO. Eu me senti humana de novo, me senti gente, sabe? A doutora PSICÓLOGA, uma vez por mês, só que é pouco. Mas eu não tenho condições de pagar mais, difícil de conseguir como tu falou. É muito complicado tudo. Eu tô tentando vários exames, eu tenho um monte de problema de saúde.

Mesmo que algumas vezes os trabalhadores digam não se beneficiarem diretamente dos grupos, conseguem dividir seu momento com outros, e também têm um compromisso de saírem de casa, e de sentirem que podem auxiliar trabalhadores que estejam vivendo momentos semelhantes ao seu. O grupo sempre pode constituir uma oportunidade de socialização, de retorno gradual às atividades laborais e ao convívio social com seus integrantes, de modo que neste espaço o trabalhador também disponibiliza sua escuta para a vivência do outro, além de elaborar a sua própria.

Sim. Aceitei falar contigo mais ou seja, de uma forma... Que pra mim é diferente, entendeu? Pra mim é diferente. Ou seja, eu sei que o que eu tô fazendo é como se, ou seja, por exemplo esse estilo de coisa como acontece com a PSICÓLOGA, eu venho pra cá mas na realidade eu pouco relato de mim, na realidade, entendeu? Mas é que é esse tipo de coisa assim que muitos tão falando, eu tô passando, eu já passei entendeu? Então, ou seja, pra mim de uma certa forma é que nem eu digo, meus problemas é difícil de eu resolver mas os problemas dos outros eu consigo resolver ou passar alguma coisa positiva, então, ou seja, quando eu tô aqui, isso pra mim, eu esqueço dos meus problemas e ajudo os outros.

Eu abro uma porta pros outros por mais que eles se acham que não existe mais porta, mas eu vejo pelo menos, eu acredito, entendeu? Que é beneficiado dessa forma que é então que eu consigo ajudar o próximo, entendeu? Então isso de uma certa forma me satisfaz. Mas é que nem eu

digo, depois que eu saio daqui meus problemas vêm à tona, entendeu? Então ou seja é que nem esse estilo de coisa então hoje eu estou aqui, vim aqui né, assumi esse compromisso, na realidade pra que, pra ajudar talvez o próximo futuramente, entendeu? Então é por isso que eu estou aqui.

Olha, vou ser bem sincero que nem eu disse pra PSICÓLOGA, eu acho que mais eu ajudo os outros na realidade do que me ajudo. Entendeu, então de uma certa forma pra mim isso me faz bem, ou seja, porque eu saio, eu consigo sair de casa, sabe?

Ao discorrerem sobre a clínica do trabalho realizada em sindicato, Duarte e Castro (2014), destacam a importância do estabelecimento da equidade entre os participantes, sendo importante a singularidade e experiência de cada um dos integrantes do grupo.

Conforme os grupos foram de fato se constituindo como coletivos, pôde-se perceber que alguns conteúdos que eram trazidos com insistência passavam a ser tomados também pelos outros participantes, que viam outros sentidos em experiências passadas, além de significados antes ocultos, como o modo que a realidade no trabalho se impõe a todos, independente de características individuais (DUARTE; CASTRO, 2014, p. 164).

5.2.4.1 Medicamento – Diagnóstico

Quanto ao diagnóstico, foi considerado o relato feito pelo/a trabalhador/a independente de ter recebido a informação de um médico ou não. Considerou-se o entendimento dinâmico que o sujeito tem a respeito de sua situação de saúde. Neste caso a depressão foi a mais citada, seguida de fobia, crises de ansiedade e angústia generalizadas.

Ao falar da construção de diagnóstico dos transtornos psíquicos relacionados ao trabalho, Seligmann-Silva (2005) enfatiza a importância de serem considerados alguns pontos especiais. Entre eles, que a história ocupacional e a história clínica devem levar em consideração e estar relacionadas com a história de vida do trabalhador atendido.

Entretanto, para o médico que realiza uma anamnese que inclua tanto a história de trabalho quanto a situação referente ao trabalho atual, será possível realizar uma outra leitura destas queixas, permitindo muitas vezes interpretá-las em sua vinculação com o trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2005, p. 175).

No momento da entrevista apenas quatro trabalhadores não faziam uso de medicação, um porque ainda não havia consultado um psiquiatra e outra por que achou que não necessitava no momento e estava grávida, sendo que outros dois disseram estar necessitando.

E me deu medicação. Primeiro ela me deu Fluoxetina. E daí a Fluoxetina, como eu tô, tava com um miominha bem pequenininho ela me dava mais sangramento. Aí eu voltei e falei que o remédio tava me dando, daí ela me deu Sertralina, trocou, tirou a Fluoxetina e me deu Sertralina e o Haldol porque eu via pessoas, eu via alguém falando nas minhas costas me chamando, fazendo qualquer coisa, e não tinha ninguém.

Agora eu troquei de psiquiatra, e ele trocou a medicação, ele tá me dando fora as medicação para depressão, também para bipolaridade, diagnosticou que sou bipolar, mudo muito de humor, estou tratando isso, e a medicação as vezes me ajuda, mas o outro psiquiatra me falou que demora até tu achar a medicação, a dose, vai trocando, mudando, uns que te dá muita sede, outros te resseca, é que eu durmo, mas durmo mas acordo, de madrugada acordo e fico até de manhã acordada e durmo durante o dia, e a minha fuga é tomar remédio e durmo de tarde, para esquecer, quando eu vejo que a carga está demais, aí eu tomo remédio para dormir e vou dormir

Na real eu tomo pra dormir, só que quando eu tenho que vim e fazer... que nem passar por ela ou alguma coisa assim eu tomo um. Rivotril e Fluoxetina, só que Fluoxetina eu cortei nem falei pro psiquiatra porque pra mim só me dá ânsia de vômito, faz mais de ano que eu tomo. O Rivotril me tranquiliza, quando eu tô muito ansioso assim começa a doer o meu peito, eu tomo e rapidamente já começa a dar.... eu sinto que desacelera um pouco

E Rivotril. Que eu teria que até semana que vem pra conseguir mais. Por que eu acho que sem eu não aguento em pé.

Eu não quero, eu tomo Clonazepan, antes eu tomava outros remédio, que era um "tendel" de remédio, eu disse não adianta, ah eu vou te dar um mais forte...

Uso dois para dormir e tô tomando Sertralina e ácido volproico, não, eu não durmo bem, adio, adio a hora de dormir

Tu só fica ali limpando, limpando, arrumando a casa, tem filho pra cuidar, tem marido pra chegar, isso aí também daí tu não vê pessoas. Tu fica meio habituada. E os remédios daí me dá sono. Tava trocando, tava dormindo

durante o dia todo e de noite ficando acordada. Aí a doutora trocou a medicação, em vez de tomar de meio dia, eu tomo de noite. Aí eu consigo dormir.

A médica que eu consultei me deu um antidepressivo. Aí, eu não posso te dizer por que eu não sei o nome. Não, é pra mim ter mais ânimo, né, mas assim, eu tenho muito sono com eles.

Nessa discussão é importante salientar que muitos dos trabalhadores e trabalhadoras entrevistados não têm acompanhamento periódico de um psiquiatra ou outro médico que prescreva a medicação, embora, em algum momento tenham sido medicados por atravessar um momento de crise, ou então, por terem feito a solicitação em uma consulta, o que sugere que possam estar recebendo medicação inadequada e/ou sem necessidade. Da mesma forma, por não terem este acompanhamento, também não têm um diagnóstico que tenha lhes sido, pelo menos, sugerido ou esclarecido. Na maioria dos casos, este diagnóstico falado pelos trabalhadores é uma leitura dos sintomas apresentados e das construções próprias que vão fazendo de seu processo de adoecimento.

5.2.4.2 Entendimento

Dos entrevistados que estão em atendimento psicoterápico, estes estão construindo entendimento de que a “culpa” pelo adoecimento e/ou saída do trabalho não é sua. Mesmo assim em alguns momentos se questionam se poderiam ter agido de forma diferente, ou o que de suas ações influenciou na situação. Verifica-se o quanto a culpabilização pelo adoecimento é algo recorrente na história destes trabalhadores, já que o aparato social dentro e fora do trabalho está precarizado.

Do serviço? Não a culpa é toda dela, com certeza, porque eu não fiz nada, foi um dia do nada, ainda falei pra ela quando eu levei o atestado dos 4 dias, ela não deixou eu pegar no trabalho, mandou eu aguardar porque ela queria conversar comigo, [...] agora eu vejo que a culpa é toda dela por causa disso aí, eu não tive culpa nenhuma nessa história...

Não, disseram que eu tinha que procurar. Entendeu? Eu tinha que procurar, só deram o encaminhamento só. Então é esse estilo de coisa assim, é ridículo tu dentro do próprio hospital, tu trabalhando ali, eles não tão preocupados de ver uma melhora tua. Na realidade eles não te tratam, é

como se tu não fosse de interesse da parte deles tu ter um atendimento na realidade...

Uma das coisas que eu sempre digo para a psicóloga, hoje o que tá me motivando é mais o ódio que eu tenho deles, porque eu não sou assim, eu sei que eu consigo, mas eu não tô conseguindo. Eu tô aqui, eu tô rindo. Essa semana eu fui pegar meu benefício eu ganhei dez reais, eu liguei pra lá e falei “não depositaram meu dinheiro”, eles disseram “foi depositado, FULANA”. E o que aconteceu? Foi descontado isso, isso, isso. Tinha que ver a felicidade ao me explicar o contracheque. Talvez se eu tivesse calado minha boca, eu tava aí...

Mas no momento eu, depois assim, eu achava que eu tava prejudicando a empresa. Eu que tava fazendo... É, não sou eu. Desde que eu tô lá nesses 2 anos e meio já passou várias pessoas. Várias. Em tudo. Daí eles tem um abrigo que as crianças ficam também, não pára funcionário. Na INSTITUIÇÃO não pára funcionário, nos educadores, que daí trabalham com as crianças, que é o SASE²⁵, não pára funcionário, então a metodologia deles tem alguma coisa que não sou eu.

Também aparecem situações de desconfiança nos atendimentos feitos nos locais de trabalho, muitas vezes procurando individualizar a situação e não relacionar com o trabalho. Seligmann-Silva (2005), aponta para a importância do vínculo de confiança ser estabelecido com o trabalhador desde a anamnese, sendo este um primeiro desafio para a construção do diagnóstico e sua possível relação com o trabalho. Por mais que a instauração da confiança não seja de responsabilidade apenas dos profissionais da saúde, estes podem ser facilitadores no processo, principalmente nos espaços de trabalho onde o clima de desconfiança predomine.

Sim, mas aquela coisa assim, tudo que eu relatasse, falasse ali, como eu coloquei, eles colocassem esse tipo de coisa “ah, não conseguem dormir a noite” eles tentam entrar de uma certa forma que tudo que tu for relatar, que nem estilo de um médico perguntou pra mim assim “ah agora tu vai querer te aposentar agora?” sabe? Ou esse estilo de coisa, “agora tu vai querer te aproveitar da situação” sabe são coisas que assim, tu não tá pensando nisso aí. Esse tipo de coisa assim, tu tem que cuidar tudo que tu diz, é que nem se fosse uma coisa... como é que eu vou te explicar... uma coisa meio, um ponto, uma vírgula, tu tem que cuidar muito o que tu fala porque tudo que tu for falar na verdade vão ficar contra ti. Não é de benefício pra ti, na realidade nem que surja coisas assim se tu quisesse ter um diálogo, desabafar com alguém, falar com uma pessoa, tudo que tu for falar na realidade vai colocar ali a favor da empresa, entendeu?

²⁵ SASE: Serviço de Atendimento Sócio Educativo

Que nem esse estilo de coisa que aconteceu comigo, eu fui só pra pegar uma receita médica, só isso. Só fui pra pegar uma receita médica. Daí o médico, ele já começou a fazer uma baita de uma história “ah mas o que tu tem é por causa da idade, ah mas o que tu tem isso aí é...” como é que é...”é hereditário.” Como é que o cara vai relatar uma coisa se ele nem sabe da minha família? Sabe, coisas que defendendo, entendeu? É ridículo, entendeu? É ridículo. Então imagina se toda a pessoa que chegar perto dos quarenta, vamos dizer, então é uma doença que todos os homens vão ser afetados? É ridícula a colocação dele. Tu não tá ali pra questionar, pra saber o que tu tem, se é por que... Sabe? A tua doença, coisa e tal. Tu tá ali só pra pegar uma receita. E, bah eu me estressei mesmo. Aí eu já começo a surtar e daí parece que eles ficam te cutucando querendo que tu dê um motivo, mais uma coisa pra eles colocarem na tua ficha, sabe, mais uma coisinha pra dizer, sabe?

A compreensão e o entendimento sobre o adoecimento é algo processual, que quando mediado por acompanhamento em saúde mental tende a ser gradualmente esclarecedor e construtor de novas possibilidades para o sujeito que sofre. O entendimento do processo de adoecimento e sua relação com o trabalho fortalece o trabalhador diminuindo sua vulnerabilidade frente aos fatores que causaram sua situação atual, ressignificando este momento em sua vida.

5.2 4.3 Apoio da família

Na maioria dos relatos os trabalhadores apontam que, embora a família os apoie, muitas vezes por não compreender a situação vivida, não sabe como oferecer ajuda. Sabe-se que não há como separar o dentro e fora do trabalho, pois não existe uma cisão psíquica, na medida em que o trabalho é constituidor do sujeito (DEJOURS, 2004, 1999). Não há separação entre a vida no trabalho e a vida fora dele, na família, por exemplo; nesse sentido, o trabalhador não deixa seus problemas de casa, ao entrar no trabalho e vice-versa.

Esse tipo de coisa assim é que quando, é um verdadeiro ditado, quando a pessoa não é da área é difícil a pessoa te entender, entendeu? É um ditado muito certo, sabe? Profissões diferentes é difícil. Se alguém é da tua área... fica mais difícil alguém te entender. Até poucas palavras que tu fala a pessoa vai te entender, mas quando não é...

Ah, ele achava também que eu devia sair do serviço. Não tem porque tu tá passando por isso. Nós já tamo junto há 20 anos. Daí ele diz: não tem

porque tu tá passando por isso, só não pede as contas, não deixa ela entrar na tua mente pra tu pedir as contas.

Agora ele tá ruim, segunda feira a gente andou conversando e ele me disse que não sabe o que fazer. Que ele queria me ajudar, mas ele não sabe o que fazer, que ele acha que as vezes tá me atrapalhando. E tem horas que ele tá me atrapalhando mesmo. A gente não anda num bom momento

Ele disse: FULANA, eu não sei mais o que fazer, eu tô procurando até outro emprego para tentar te ajudar e eu não sei o que fazer. E eu disse: então não me ajuda [...] Aí, ele assim: eu não sei o que faço, se eu deixo tu falar e ficar remoendo, ou tento trocar de assunto, eu não ser o que fazer...eu disse: eu também não sei, se eu soubesse eu não tava assim.

Ele que percebeu que eu tava doente, porque eu tô sempre, tava, sempre brincando, falando com as pessoas, eu sou bem comunicativa, tenho assim bom astral. Tinha. Aí então uma hora, depois começou a dar esses problemas, de eles começarem a me chamar, foi em junho, julho que eu sofri esse outro acidente, eles me chamaram e desde ali eu comecei a retroceder. O médico chegou a achar que eu tava com câncer ou alguma coisa, fiz tudo que era exame e não tinha nada. [...] Aí então aquilo ali também ajudou, e eu tinha aquela coisa com o MARIDO, eu tô sempre brincando com ele. Aí dali a pouco explodia com ele.

Aí agora como eu tomo esses meus remédios, quem me ajuda a tomar é o MARIDO de noite. Pra mim não ter um surto e tomar esses remédios tudo assim. Então fica numa caixinha longe de mim lá e aí ele vem e me dá. É, pro pessoal da minha família, de fora, eu não falo. Não tenho coragem de dizer que eu tô afastada do serviço por de saúde mental. Não. “Ah, por que tu tá afastada?” “eu tô afastada pela da minha mão” porque eu já me afastei, já botei gesso.

Eu tenho essa consciência, tu entendeu? Ontem eu tava dizendo, eu tava assim desfigurado, ela disse “não, vai fazer essa barba”, foi ela que me deu banho e tudo, é incrível assim a força que ela tá me dando.

Nos relatos aparece também a incapacidade de lidar com as coisas do cotidiano, necessitando de ajuda, o que antes não acontecia.

Eu sempre fui de tomar tudo na mão, as rédeas da situação sempre foram minhas, eu que controlava as despesas. Logo que a gente começou ele ficou um tempo desempregado, depois foi mais uma irmã dele morar lá em casa, era eu segurando a casa com mais quatro pessoas dentro, sempre fui eu que tomei a frente de tudo. Agora eu cansei, não quero mais tomar a frente e ele não consegue. Ele não sabe o que fazer, ele foge. Isso me irrita. Eu não sei ficar parada. Isso me deixa pior. Agora a gente foi pagar as contas, a sorte que eu ganhei 500 reais do INSS, eu tava certa que eu ia ganhar 400 reais do hospital, mas ganhei 10 reais do hospital, caiu o chão.

É que é difícil, né? É que é difícil né. Tudo é complicado. Ela tem que deixar de fazer as coisas dela, deixar de trabalhar pra me ajudar. É complicado.

Para Seligmann-Silva (2011, p. 319), há uma via de mão dupla na interface família-trabalho: “[...] de um lado, há o fluxo em que a subjetividade desloca experiências familiares para o mundo do trabalho; de outro, a corrente que transporta para a vida familiar determinações emanadas do trabalho.. Os dois fluxos se entrecruzam e se alimentam, e a autora destaca alguns aspectos da organização do trabalho, tais quais a estrutura temporal do trabalho; os plantões à distância e o estado de prontidão permanente; e, as exigências psicoafetivas do trabalho, como modalidades de trabalho que podem gerar modificação de conduta, isolamento, mau humor e que podem não ser entendidos pela família, ou interpretados como desinteresse. Esses aspectos que não são compreendidos pela família, podem gerar conflitos, inclusive agravando o quadro de sofrimento vivido pelo trabalhador.

Por essa compreensão é necessário que a família também participe do acolhimento feito ao trabalhador, de seus atendimentos, e que seja incluída pelos profissionais da saúde nos encaminhamentos feitos no processo de acompanhamento. Deste modo, a família também deve ser acolhida, tendo esclarecidas suas dúvidas neste processo terapêutico que deve ser construído “com” aquele que está sendo atendido.

5.2.4.4 Sindicato – Justiça

Alguns dos entrevistados foram indicados pela psicóloga do sindicato para participarem da pesquisa. Por essa razão, um grupo destes trabalhadores tem mais clareza das ações do sindicato, seu papel na relação com o empregador e no atendimento de seus filiados. Segundo Perez (2014), o trabalho relacionado a ações de saúde mental em sindicatos acontece, entre outras cidades, em Brasília (DF), Porto Alegre (RS), Curitiba (PR), São Paulo (SP). Grande parte dos casos atendido em grupos ou individualmente, são encaminhados pelo médico do trabalho, pelos dirigentes sindicais e/ou advogados, responsáveis muitas vezes pelo primeiro atendimento.

Na verdade o sindicato é um órgão que ajuda os funcionários em si, os direitos né, que muitas pessoas não sabem, então ele é um órgão que ajuda e acolhe os funcionários, por isso que eu voltei a procurar porque como eu já tinha uma noção, que na época quando eu trabalhava na INSTITUIÇÃO eu fui delegada sindical, então eu sempre briguei pelos direitos dos meus colegas assim e aí por isso que eu agora eu procurei né como aconteceu isso comigo no hospital, eu entrei, passei no contrato, até achei que eu não iria passa porque quando eu fiz a entrevista a minha pressão tava muito alta e eu achei que a Dra. não ia passar e a questão da idade também

Sempre tive ligação com o sindicato, eu sou sócia, eu tava marcada na Bion, e eles cobravam a consulta e não tinha atendimento de grupo, familiar e aí eu tava no dentista, uma pessoa ligou errado e eu ouvi a conversa, aí eu me toquei, que lá também não era só dentista, aí eu cancelei na Bion e comecei na PSICÓLOGA.

Eu fui no sindicato, eu não me lembro agora se foi através de indicação ou por conta própria e aí que me indicaram a FULANA, pra falar com ela. Até pros diretores do sindicato eu passei, contei minha história, e daí me indicaram pra falar com a FULANA. Ou seja, na realidade através dela, na realidade que passaram a resolver meus problemas com a indicação de... ela que me indicou o psiquiatra, ela que me indicou... o advogado, a doutora BELTRANA que passou a me tratar também. Porque antes eu tive umas consultas lá também pela metalúrgica.

Mas eu já vinha procurando o pessoal do sindicato direto, o FULANO, que é o vice-presidente hoje, ele foi uma das pessoas que viu, ele presenciou assim de cadeira cativa tudo que eu passava porque quando eu descobri o sindicato eu me sindicalizei e comecei a correr atrás, eu comecei ó... tá acontecendo isso, não faz assim faz assado, e ele me instruiu da maneira correta, nunca me instruiu de uma maneira equivocada, nunca me botou contra a instituição

Não, não o que eu dei pra elas foi um atestado de quatorze dias que foi o sindicato me deu, me afastou "tu não tá bem, tu não fica bem e a gente vai te afasta" e eu só peguei o atestado porque o pessoal do sindicato chegou e me puxou a orelha e disse "não cara tu vai ter que te afastar, tu tá doente" E aí começaram a me dar medicação

Mesmo assim, alguns trabalhadores sequer sabiam de seus direitos antes de terem acesso ao sindicato ou conversarem com colegas que já tinham algum engajamento. Descontavam em folha de pagamento a contribuição sindical, mas nunca souberam o que o sindicato fazia, oferecia, e até mesmo onde estava localizado.

Isso era uma quinta-feira depois do primeiro de maio. Na segunda-feira quando eu fui entregar uniforme, todas as coisas. Aí uma colega da limpeza, enquanto eu tava entregando o uniforme, eu arrasada, ela entrou e disse FULANA o que houve, eu fiquei sabendo...? eu disse: até eu não tô entendendo, falaram só que eu não tinha perfil. E ela: mas como, não pode, eu sei de uma técnica na emergência que foi demitida e voltou, deve ser

BELTRANA o nome, fala com ela, pega informações com ela. Eu fiz tudo o que tinha que fazer e fui na emergência falar com ela. Ela me deu todas as informações, me disse: vai lá e fala com o doutor FULANO no sindicato. Mas chegaram depois de 12 anos e disseram que ela não tinha perfil. Quando eu falei o setor que eu trabalhava ela disse: tu tá no covil das víboras. Ou seja, ela resumiu. Aquela foi a luz que eu precisava. No outro dia de manhã eu fui no sindicato e falei com o médico, ele me deu todas as informações que eu precisava, tive a orientação de outra funcionária dali. Me encaminharam pro psiquiatra. Ali começou o acompanhamento com a médica do trabalho e com a PSICÓLOGA.

Aí o que eu pensei comigo, eu pesquisei o sindicato, olhei, porque ela nunca falou pra nós que a gente pagava o sindicato, ela descontava mas nunca disse o que era. E eu não sabia da existência do sindicato, que a gente tinha direito a médico, porque ela nunca disse pra nós isso.

Porque eu também sou uma pessoa que eu sou um pouco esclarecida, não sou tão leiga. Mas aí tudo que ele vinha e falava eu rebatia. Mas daí o FULANO do sindicato disse “não, deixa ele falar”, aí eu deixei. Daí ele me descascou, me descascou, disse que não e que eu tava cavando estabilidade, no bom tom, que por ele tinha me botado na rua há muito tempo.

Eu fiquei sabendo que estava grávida, eu não queria voltar. Daí uma colega que ainda trabalhava lá disse, volta são teus direitos. Daí eu fui no SINDICATO que é das educadoras assistentes e ele me falou que tinha que levar a minha ecografia, todos os exames comprovando que eu estava grávida e ela tinha até dois dias para me readmitir.

Outros entrevistados não sabiam sobre os direitos em relação à licença, sobre adoecimento e acidentes relacionados ao trabalho, bem como a possibilidade de retorno no caso da demissão não ter justificativa ou não ser de interesse do trabalhador. Neste sentido, além do apoio médico e psicológico o sindicato faz a orientação jurídica para casos que necessitam encaminhamentos.

É, primeiro pro doutor no sindicato, o clínico, pra me dar o atestado. Porque o doutor FULANO não tinha vaga pra mim. Aí deu 10 dias, 10 dias o atestado. Dez dias depois eu ir no doutor depois que me deu mais 5 dias. E aí começou com a doutora. Mas o atendimento foi muito bom. Eu me senti tão acolhida, depois eu até me senti melhor, mas na época eu tava me sentindo um lixo mesmo assim, eu achei que não ia ter mais saída. O que eu ia fazer da minha vida? Não tenho mais saída, tô com esse problema.

Eu acionei na justiça a empresa. Eu acionei assim uma pela doença, pela parte psicológica e outra porque eu fiz o exame de ouvido e eu notei que eu ando muito... tu fala as vezes conforme eu tenho que tá virando aqui. Deu uma perda, pouca perda, mas deu uma perda auditiva. Daí um processo por isso e outra foi por horas extras, coisas que eles não pagaram, troca de uniforme que tinha que bate o cartão...

E aí sempre assim, chorona, e quando eu falo nisso, eu até posso tá tranquila, mas se eu falo lá no meu serviço eu não consigo. Daí o que a gente fez, o sindicato orientou eu botar eles na justiça. Aí piorou a minha situação, porque eu continuei trabalhando com eles na Justiça, com o SERVIÇO na Justiça, por esse sofrimento, por toda essa questão de não aceitar... E eu dizia pra ele que não, que ou tu quer ir pro INSS, eu disse "mas o que eu vou fazer no INSS? No INSS o meu salário diminui muito menos", por mim eu estaria trabalhando... até a doutora quer tentar ver se consegue uma troca de setor pra mim não ir pra lá, pro BAIRRO, de repente trocar de novo de setor. A gente tentou um acordo com eles, eles não fazem acordo. Aí a advogada vai pedir agora uma rescisão do meu contrato pra mim não ter que voltar, porque se eu voltar pra lá eu não sei o que eu sou capaz de fazer...

Não recebi, passei a receber só daqueles 3 meses, digamos assim, que foi concedido pra mim, o resto eu não recebi. Ou seja, fiquei 11... passei a receber 3 e depois mais 9 meses. E depois dos 9 meses independentemente de todos os locais aonde eu fosse onde era marcado e eu fosse, passei a não receber mais, todos eram negados. Então era negado, negado e negado. Aí então por último uma perita me disse: "ah, o que tu quer, tu tem quarenta e dois anos, que tu tá querendo? Quer te aposentar?" Foi uma coisa assim, sabe, ela era... o culpado eu era, tava querendo me aproveitar da situação. E dali eu não fui mais. Aí o que aconteceu, aí através do próprio sindicato aqui fui encaminhado por uma advogada. Que daí conseguiu entrar com uma liminar pra eu poder receber.

A busca pelo Sindicato, na maioria das vezes, está voltada num primeiro momento para a garantia de direitos. Poucos foram os trabalhadores que relataram terem buscado a entidade pelo conhecimento das ações em clínica do trabalho. Como os trabalhadores são demitidos, têm as licenças negadas, ou recebem advertências, procuram o sindicato para saber o quanto estes procedimentos estão corretos. Outros sabem que o sindicato auxilia em ações judiciais a respeito de assédio moral ou readmissão.

5.2.4.5 INSS

Os relatos em relação à avaliação pericial no INSS são diversos. Alguns reclamam outros agradecem do tratamento recebido dizendo que verificam melhoras na avaliação. Mesmo assim, trabalhadores ficaram com períodos grandes sem avaliação, ou com licenças negadas o que fez com que tivessem que recorrer à justiça.

As maiores reclamações dizem respeito a receberem laudo indicando afastamento feito pelo médico do trabalho, psiquiatra ou psicólogo e estas avaliações serem questionadas no INSS, não sendo aceitas. Isso gera muitos transtornos, idas e voltas para a perícia, bem como mais razões para sofrimento dos trabalhadores, pois estas situações são revivências das situações dolorosas, muitas vezes com desconfiança dos profissionais peritos.

Eu tô tendo oportunidade porque eu tô encostada, o perito do INSS, quando eu comecei a conversar com ele e explicar, ele aceitou a CAT, então se o perito do INSS, que são os mais difíceis...

Aí minha filha foi no psiquiatra comigo, até a gente conversou na frente dele e ele disse que eu não tenho condições de voltar a trabalhar e me deu mais 30 dias, não vou te liberar, aí eu tô até agora, aí eu vou no psiquiatra e ele diz que eu não tenho condições, o perito diz que tenho condições, o psiquiatra vai falar depois da consulta com a PSICÓLOGA.

Eu sempre fiquei com medo assim, eu me machuquei já e não acionei o INSS, não fiz a CAT, uma vez baixou um prensa e prensou minha mão assim e os guris vieram e tiraram eu já enfaixei a mão e não fui no ambulatório porque eu tinha muito medo de ser demitido e nos coisa lá (AUDIOMETRIA) eu nem tava escutando nada e levantava a mão, isso aí eu banquei o bobo e...

Eu nunca tive. Passei a ter crises convulsivas. Aí mandaram que eu me tratasse com um psiquiatra. E aí só me disseram que eu tinha tido uma crise convulsiva, que eu tinha que tratar com o psiquiatra. Tratado de uma forma assim sabe? Me levantaram assim como se eu fosse um saco... de qualquer jeito. Procurei o psiquiatra e tudo e aí eu passei a tomar... eu falei, relatei, mostrei os remédios que eu tava tomando, tudo que tinha acontecido, aquela coisa toda. Eu fiquei 11 meses sem receber, depois eu voltei a trabalhar, como eu tava 11 meses sem receber, aí o médico aconselhou que eu voltasse a trabalhar pra ver a situação como é que ficava. Só que eu passei mal de novo, aí eu voltei no caso pro INSS. Aí marquei a perícia, me deram 3 meses, acho que uns 3 meses me deram a mais, aí depois foi só negada. Independentemente de todos os locais que eu fosse, era negada. Eu fiquei mais de 9 meses sem receber, mais de nove meses sem receber, não recebi os retroativos no caso.

O que foi colocado por trabalhadores que discutiram o atendimento feito pelo INSS é referente à falta de humanização e de condutas pouco atenciosas dos peritos, não relativas somente a seus atendimentos, mas de outros trabalhadores que conhecem.

O Diretor do Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional do Ministério da Previdência Social, em entrevista²⁶ refere que o perfil da concessão de benefícios está mudando.

Cada vez mais, do ponto de vista relativo, vem aparecendo ou vem sendo reconhecidas doenças relacionadas ao trabalho, principalmente aquelas que têm como fator de risco fatores ergonômicos, do tipo postura no trabalho, movimentos repetitivos ou pressões por produção, que acabam podendo gerar adoecimento mental agravado ou desencadeado pelo trabalho. Então a gente vê que esse tipo de doença vem aparecendo com mais frequência na Previdência Social. Em compensação, aqueles benefícios devidos a causas traumáticas de acidentes causados por traumas tipo perdas de membros, amputações, lesões, quedas, esses relativamente vem baixando.

Isso sugere que o serviço de concessão de benefícios deve adaptar-se a estas modificações que são provenientes das mudanças e metamorfoses ocorridas no trabalho.

5.2.5 Possibilidade de Tratamento – Sugestões

Depois de relatarem suas histórias relativas ao trabalho, nas entrevistas, a fala mais predominante foi da dificuldade em conseguir um atendimento, ou melhor, sair da paralisia instalada pela situação de violência vivida e saber qual recurso buscar. Nas vivências destes trabalhadores e trabalhadoras a busca por atendimento na área da saúde, mais especificamente relativa ao sofrimento e adoecimento mental, aconteceu após o processo estar instalado e na grande maioria das vezes já em afastamento do trabalho. Os atendimentos prévios foram relativos a sintomas de cansaço, dores no corpo, insônia, falta de apetite e outros indicadores prévios de que algo não estava bem.

A busca ou encaminhamento para os atuais serviços que frequentam foram feitas com auxílio de familiares ou colegas de trabalho, principalmente no caso do atendimento sindical.

²⁶ Entrevista realizada em 24 de abril de 2014, publicada em áudio no site da Previdência Social (PEREZ, 2014b).

5.2.5.1 SUS

Quanto a terem buscado atendimento no Sistema Único de Saúde, uma trabalhadora relatou ser atendida periodicamente por psicólogo e psiquiatra em serviço de saúde do SUS, além de receber as medicações que necessita, mas este atendimento teve início devido à doença prévia.

Dois trabalhadores foram encaminhados anteriormente para CAPS, mas disseram não terem se adequado ao tipo de tratamento, pois não se falava do trabalho. Outros chegaram ao Ambulatório do HCPA por questões diversas, na sua grande maioria por queixas físicas e poucos por encaminhamento direto da Rede Básica, já que eram pacientes antigos do hospital.

Uma das trabalhadoras que fez tentativas de suicídio e esteve internada, após a última internação foi referenciada para a UBS de sua região, e da UBS foi encaminhada para o HCPA. Na sua cidade, Alvorada, diz não conseguir atendimento com psiquiatra e/ou psicólogo.

Um dia antes de eu ir nesse médico eu fui na doutora do posto, para conversar com ela para ver o que eu podia fazer, porque eu queria ir embora e eles não queriam me mandar embora, foi um dia antes da gente discutir. O meu posto é o do Beco do Adelar. Eu fui lá e ela disse assim: dr^a FULANA. Sim, eu conheço ela...tá acontecendo isso, isso e isso...ela disse: não, eu vou te encaminhar pra um médico do trabalho, eu em si não posso te falar nada sobre isso que tá acontecendo, mas isso aí é danos morais, parece que ela falou... Ela disse: em principio isso é assédio moral, eu vou te encaminhar. Isso era na quinta feira. Quando foi terça, eles me chamaram aqui. Foi em seguida... No posto eles encaminharam e eu já vim direto aqui e ela já me deu os 15 dias, eu só fui lá levar.

Os comentários, na maioria das vezes, são de falta de atendimento, demora, ou não entendimento da situação vivida:

Que também é cara, por isso que eu digo assim: como faz uma pessoa que não tem condições ou depende do SUS, como faz? Faz 4 meses que eu tive essa consulta. O rapaz me disse uma semana, no máximo 15 dias ele te chamam, faz 4 meses. Ali perto de casa tem uma clínica, um desses centros do SUS, até ela teve lá em casa (a agente comunitária de saúde) no dia seguinte que eu tinha vindo do hospital e tava ainda com o dreno, aí ela entrou, conversou e eu mostrei o papelzinho que eles tinham me dado, ela levou lá, anotou um telefone atrás pra mim ligar. Que ela disse que não podia fazer nada daqui do centro, mas que se eu pudesse ligar para esses números eles saberiam me dizer alguma coisa. Mas como a partir do dia 1

teve aquela lei de que os planos de saúde também são obrigados a dar, eu quero conversar com o meu oncologista pra ver qual o procedimento que eu devo fazer.

E eu com todo o apoio que eu tive ali do meu marido me dizendo, do sindicato, eu tentei. Imagina se eu não tivesse nada. Eu já tinha feito qualquer outra coisa além né? Mas não. E aí então, é, era bom que tivesse assim mais conhecimento. Até pra abrir caminho no SUS mesmo, porque a demanda é muito grande. Não é só eu que tô com esse sofrimento, tem várias pessoas. E a pessoa, que nem eu disse, eu gosto de trabalhar. Mas conforme o ambiente que tá sendo utilizado tu não quer mais. Tu fica pensando “por que eu vou trabalhar? É melhor eu ficar em casa”.

Dos 24 entrevistados, 13 são da área da saúde e por essa razão, tiveram acesso a serviços para atendimento com certa facilidade. Mesmo assim, os que comentaram sobre o SUS gostariam que a saúde pública pudesse atender a todos sem muita espera e com resolutividade. Grande parte dos atendimentos via SUS foram no âmbito hospitalar.

5.2.5.2 Sobre a pesquisa, escuta, atendimento

Ao final das entrevistas, alguns trabalhadores/as falaram sobre a possibilidade de continuidade de um tipo de atendimento (como a pesquisa), ou de grupos como participam em seus sindicatos. Estes comentários foram emergindo e também merecem consideração, mas não estão apontados no quadro relacionado aos objetivos. Os apontamentos espontâneos e reflexivos decorrem do processo do trabalho de pesquisa e trazem, no que diz respeito à realização dos grupos e à construção de novas possibilidades para esses trabalhadores, algo a ser discutido mais adiante. Pois conforme afirma Dejours (1999, p. 166), “Escutar o sofrimento dos trabalhadores é um comprometimento, quer se queira, quer não.”

Pode até então saber orientar o profissional, lá no futuro de repente, o cara do RH saber “oh, tu tá errado, tu tem que saber lidar com as pessoas, porque pessoas também são ser humano.” Eles terem esse estudo que consiga ajudar as pessoas é muito bom.

Eu tenho hoje duas pessoas que me fortalecem demais, FULANA E BELTRANA (psicólogas), que dão esse espaço pra gente poder falar, tu não tem noção da grandiosidade das coisas que vocês tão fazendo Carla, de

quão importante é isso, a gente poder falar, porque é tão ruim a gente chegar assim pô Carla, eu sou um cara que tenho quatro filhos, eu não precisava tá ouvindo metade das porcarias que eu ouvi daquelas mulheres... sabe... é tão ruim tu olha pros teus filhos assim... tu olha aqueles bichinhos eles acreditam tanto em ti sabe...e tu chega lá as pessoas te esculachando, te esculhambando... e como se tu tivesse fazendo de propósito... o pior de tudo isso é como se tu tivesse fazendo de propósito... parece que tu vai pra lá sacanear alguém, eu preciso disso

Não, eu acho que, gostaria que tivesse mais grupos, que vocês pudessem depois no futuro conseguir. Porque isso é muito bom pras pessoas. Ajuda muito. Muitas pessoas acaba acontecendo alguma coisa porque não tem esse recurso de procurar de ter uma escuta né?

Mas muito bom, eu acho assim, só da pessoa te ouvir, tu poder falar que tu tá passando assim, é muito bom que tu alivia. Tu consegue botar pra fora. Eu nem te conhecia, mas começou a falar e eu comecei a... né? Porque eu acho que a pessoa quanto mais fica preso com aquilo ali é pior. Daí tu não tem parece, porque o MARIDO me compreende, mas tem horas que ele também tá cansado.

Assim, pro trabalhador é muito, é muito importante que se tenha né... que esse trabalho se conclua, que ela seja visto com respeito, que se lida com o trabalhador humano e é como eu digo, muitas vezes somos responsáveis né... direto, o trabalhador, o empregador, ele é responsável direto por muitas situações de suicídios que se vê aí, e essa parte nunca aparece, ela nunca aparece, quando uma pessoa chega a cometer um suicídio, é claro que agente sabe que tudo colabora né... mas tem questões "X" e já tem situações que a gente tem de sabedoria né, de que assim ó a desvalorização, muitas vezes tu é desvalorizado na sociedade, na família, tu te apega a quem?, ao trabalho, o que dizem?, o melhor remédio para o ser humano é o trabalho, edifica o homem, aí tu chega dentro do teu trabalho e tu também é desvalorizado, tu é tratado como um número e hoje em dia tem ocorrido muito isso, não quer tem quem queira.

5.3 LINHA DE CUIDADO (LC) EM SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

A partir da escuta dos trabalhadores, nos relatos apresentados anteriormente, foram emergindo possibilidades para pensar a Clínica do Trabalho no SUS. Com o relato das histórias vividas no trabalho e de seu adoecimento, os trabalhadores e trabalhadoras solicitavam escuta ao seu sofrimento e a possibilidade de atendimento por profissionais que pudessem compreender o que haviam sofrido ou estavam vivendo no momento (BOTTEGA, 2014). Essa demanda foi escutada como a necessidade de cuidado a este trabalhador que sofre neste momento específico de

sua vida, pois se entende que essa situação seja passageira, e, por essa razão, possa ser superada com acompanhamento em atendimentos e encaminhamentos relacionados à saúde mental e trabalho.

Nesse sentido, pensar a Clínica do Trabalho no SUS, mobiliza não apenas a elaboração do sofrimento/adoecimento dos trabalhadores, mas colabora no avanço da implantação do que está preconizado na Portaria nº 1.823 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), o que significa lançar um olhar para a rede de saúde e os serviços que potencialmente podem realizar atendimento em saúde mental e trabalho, entendendo os processos de modulações, metamorfoses e transformações que têm ocorrido na organização do trabalho, e conseqüentemente nas relações de trabalho desenvolvidas (SELIGMANN-SILVA, 2011). Como colocado no item 3.3, Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, há uma articulação de diversas ações em saúde do trabalhador, mas a política enquanto tal é ainda muito recente. Não se tem serviços que atendam especificamente à saúde mental dos que estão em sofrimento e adoecimento psíquico pelo trabalho, a não ser em algumas ações desenvolvidas pelos CEREST.

A construção de uma Linha de Cuidado (LC) em Saúde Mental do Trabalhador e da Trabalhadora pode ser então a expressão da Clínica do Trabalho no SUS e deve estar inserida na rede de saúde já existente, desde que sejam construídas possibilidades para essa inserção. Entende-se que a LC deve estar na discussão da implantação da política nacional como uma possibilidade de atendimento para os trabalhadores e trabalhadoras conforme apontado nas diretrizes da portaria.

As linhas de cuidado estão presentes na legislação recente, em saúde do trabalhador, mas apenas em diretrizes amplas, sem desenvolvimento. Em outras políticas de saúde, como a de saúde mental, da mulher, da criança e do adolescente, por exemplo, já foram constituídas linhas de cuidado que tem sua efetividade. De acordo com Ceccim e Ferla (2006, p. 177):

A experiência concreta de linhas de cuidado tem história na organização/regulação da atenção cuidadora por ciclo vital (criança, adolescente, adulto, idoso), por grupo de agravos de impactos à saúde pública (hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, asma, saúde bucal, saúde mental, saúde ocular), por grupo social de vulnerabilidade específica (materno-infantil, mulheres, portadores de necessidades especiais, sob risco ocupacional), entre outras.

Entendo que a demanda dos trabalhadores, não é apenas por “atenção médica”, por mais que esta seja muito necessária, a demanda se mostra mais complexa. Os trabalhadores e trabalhadoras que participaram da pesquisa estão cansados, em alguns casos totalmente desesperançosos de serem atendidos e revitimizados na comprovação de que realmente estão doentes. Por seu sofrimento ser proveniente do trabalho, esperam uma retribuição, e mesmo que esta não seja o reconhecimento, pelo menos um atendimento digno neste momento de vulnerabilidade.

Apesar de a pesquisa trazer à tona a expressão de sofrimento e adoecimento, a proposta desta tese está na possibilidade de resgate do “trabalho como operador de saúde” (SILVA; RAMMINGER, 2014), e da capacidade criativa e inventiva dos trabalhadores (DEJOURS, 2004), ou seja, o resgate da condução de suas vidas. A possibilidade então de uma LC com este viés coloca o trabalhador como um dos partícipes desse processo que precisa ser construído e leva em consideração as especificidades dos serviços, profissionais e usuários.

Propor a discussão de uma Linha de Cuidado em Saúde Mental do Trabalhador e da Trabalhadora envolve diversos aspectos, como por exemplo, o que se entende por cuidado em saúde. Isso que significa pensar o cuidado dentro de uma estrutura da organização do trabalho vigente na saúde - SUS, bem como quais são os principais componentes, ou melhor, os componentes iniciais para disparar esta discussão e fazer alguns apontamentos. Entendo que para esta construção da LC é imprescindível que seja abordada a escuta, como instrumento/ferramenta deste processo, bem como a Clínica do Trabalho no SUS.

A integralidade, o acolhimento e vínculo na abordagem ao usuário-trabalhador, a construção do plano ou projeto terapêutico - que é singular para cada um dos sujeitos -, bem como, e por demais importante, a discussão com os profissionais da saúde - que atendem ao usuário e que são co-construtores desta possibilidade de atendimento centrada no sujeito - são componentes para serem inseridos nesta construção. Todos estes são interligados e complementares entre si, além de outros, mas para esta discussão, serão apresentados separadamente para melhor compreensão e articulação posterior.

Portanto, antes de desenvolver uma proposta de linha de cuidado, é importante que se possa apresentar o entendimento sobre cuidado em saúde. De acordo com Pinheiro (2009, p.112-113),

‘Cuidado em saúde’ não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o ‘direito de ser’. Pensar o direito de ser na saúde é ter ‘cuidado’ com as diferenças dos sujeitos – respeitando as relações de etnia, gênero e raça – que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas. Pensar o direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas, permitindo ao usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada.

Nesse sentido, cuidado em saúde pressupõe a participação do usuário em seu tratamento, na forma de atendimento, na decisão acerca do que será feito em relação à sua saúde. Para Merhy (2013, p. 174-175), o cuidado em saúde produz um espaço intercessor entre o trabalhador da saúde e o usuário, semelhante à “construção de um espaço comum”. Um encontro entre o “agente produtor” e o “agente consumidor”, em que são colocadas em ato as intencionalidades, conhecimentos e representações, expressão de sentimentos e elaborações das necessidades em saúde. E completa (MERHY, 2013a, p. 255) “No mundo do trabalho em saúde a principal finalidade que governa a construção dos atos produtivos é a produção do cuidado.”

O cuidado é então, fruto das interações entre usuários, trabalhadores da saúde e instituições. Estas relações, interações e encontros vão produzir tratamento com qualidade que tem como componentes, acolhimento, vínculo e acompanhamento. “‘Cuidado em saúde’ é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de sua fragilidade social -, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas.” (PINHEIRO, 2009, p. 113).

O cuidado, assim, engloba, escuta, respeito ao sofrimento do usuário e sua história, pois o sujeito que busca atendimento pressupõe o encontro de cuidado e acolhimento à sua demanda. (PINHEIRO, 2009a; MERHY, 2007; 2013). Diversa desta concepção, o cuidado aos trabalhadores que participaram da pesquisa em atendimentos de saúde públicos ou privados tem incluído, ou quase se restringido, à medicalização excessiva. O cuidado na sociedade atual não tem considerado os laços sociais e de solidariedade, levando a um adoecimento coletivo.

O exercício da clínica, traduzido em atos de fala, escuta, e que o diagnóstico ganha a dimensão de cuidado, foi sendo ao longo do tempo, substituído pelo ato prescritivo, a relação sumária entre profissional e usuário (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007, p.127).

Como apontado no item 3.2, que discute um panorama do trabalho atual, os laços de solidariedade, confiança e respeito no trabalho tem sido substituídos em detrimento da gestão (DEJOURS; BÈGUE, 2010). Por essa razão, a estrutura do trabalho, seu sentido, a formatação do trabalho na atualidade e conseqüentemente as relações de trabalho estão em xeque. As pessoas trabalham juntas, mas assim como os objetos materiais, as relações também são passageiras, descartáveis. Não há nos atuais modelos de gestão o estímulo por relações mais permanentes e de suporte.

Pode-se afirmar, como aponta Madel Luz (2014)²⁷, que na atualidade está em voga a cultura do (des)cuidado. Para a autora, a saúde é a expressão de laços solidários, ou seja, a sociedade saudável é solidária. Nesse sentido, não se banalizaria o sofrimento alheio, conforme coloca Hanna Arendt (1999)²⁸ mas se levaria em conta o sofrido por aquele que divide o mesmo ambiente e se encontra em situação que pode em outro momento ser semelhante à sua.

Entende-se aqui que o cuidado em saúde pressupõe uma ética do cuidado e a construção de redes (FRANCO, 2006). Tendo o usuário como centro da atenção, a partir de suas necessidades, o cuidado, segundo Franco (2006), vai ser sempre produzido em rede. Isto porque as redes se constituem internamente nos serviços de saúde, especialmente no “micro” dos processos de trabalho, criando uma multiplicidade que estabelecem conexões, principalmente comunicando-se, em inter-relação, na construção de novos processos no cotidiano. Mas se faz necessário pensar quais tipos de rede estão sendo constituídas, se como “reprodução da realidade”, produzindo e reproduzindo ultrapassados e antigos métodos de cuidado, ou redes singulares com conexões e fluxos contínuos, constituindo o novo a partir das necessidades dos usuários.

²⁷ A referência à Madel Luz remete à fala proferida no XIV Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde em Porto Alegre, em 13 de outubro de 2014.

²⁸ Na obra Eichmann em Jerusalém, Hannah Arendt (1999) traz a questão da banalização do mal. No livro, Eichmann (um dos responsáveis pela estrutura dos campos de concentração nazistas) se coloca como um homem bom, o que ele fazia era “cumprir” ordens.

Campos (1998) acrescenta aspectos importantes a esta discussão com seu clássico texto “Anti- Taylor”, onde o autor analisa a construção do sistema de saúde dentro de uma lógica burocratizada e taylorizada e, portanto, com emperramentos para alcançar em sua plenitude os objetivos de implantação do SUS. Em suas reflexões, vemos que o modelo de saúde não escapa da fragmentação do trabalho em sua estrutura de composição hierárquica e piramidal (CAMPOS, 1998; FRANCO; MERHY, 2013). São departamentos, seções, serviços e unidades, que por mais que proponham o atendimento em complexidade crescente, tanto dos serviços quanto dos agravos, não dão conta da articulação necessária para a atenção integral em saúde. Além das estruturas físicas, também estão presentes as divisões por áreas profissionais e hierárquicas, nem sempre levando em conta as composições necessárias inter e transdisciplinares.

Muitas das dificuldades de novas propostas de atenção à saúde dizem respeito à forma de organização do trabalho nesta área, não diversa de outras, bem como da implicação do profissional de saúde em sua implantação. Assim, o cuidado em saúde e a construção de redes de atenção pressupõem uma modificação ou transformação das estruturas e relações presentes, assimilando novas informações e tecnologias, para o desenvolvimento de mudanças e superação de situações impostas pela realidade, como as transformações no trabalho nas últimas décadas, que se refletem nos serviços de saúde, nos profissionais e nos usuários-trabalhadores.

Ao falar em tecnologias, Franco e Merhy (2013, p. 140), apontam

Nossas observações têm concluído que para além dos instrumentos e conhecimento técnico, lugar de tecnologias mais estruturadas, há um outro, o das relações, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado. Partimos do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende do Trabalho Vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo.

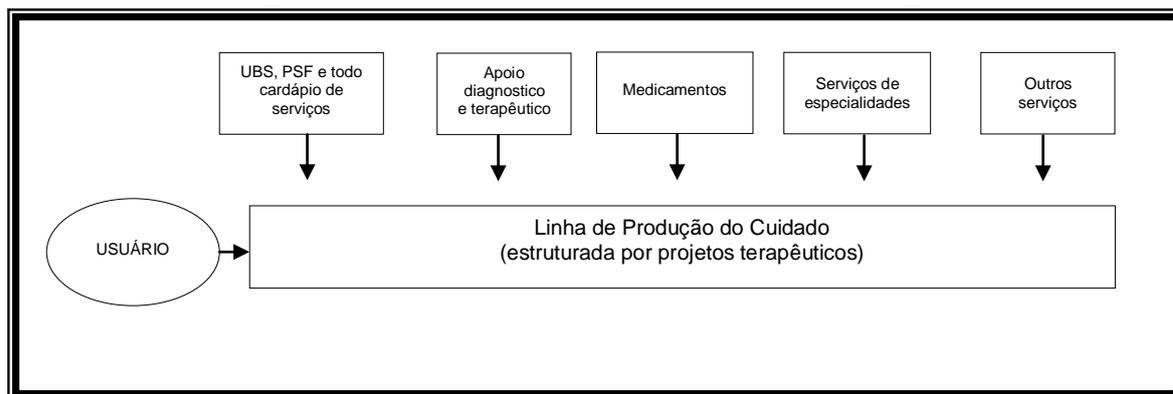
Para os autores (FRANCO; MERHY, 2013), estas relações podem ser de duas formas: sumárias e burocráticas, com a produção de procedimentos em atos prescritivos, ou estabelecidas na relação em processo, no cuidado à saúde. Descrevem três tipos de tecnologias em saúde que auxiliam na reflexão de sua incorporação nas práticas assistenciais: as leves, as leve-duras e as duras, como conhecimentos técnicos e/ou instrumentos.

As tecnologias leves tem um caráter relacional e são construídas entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, que nesta relação constroem o cuidado. Nestas estão presentes a construção do vínculo, do acolhimento e da responsabilidade em relação à produção de saúde, pois há nas práticas uma predominância das relações. Já as tecnologias duras, são as inscritas nos instrumentos, pois sua estrutura constrói certos produtos da saúde. Assim como as estruturas organizacionais, que podem ser denominadas de trabalho morto, na medida em que anteriormente passaram por uma produção humana, mas atualmente “são estruturas cristalizadas”, ou ainda como as máquinas, por exemplo, (MERHY, 2007). E, as leve-duras, produzidas a partir do conhecimento técnico bem estruturado, num misto de tecnologia e saberes (MERHY et al, 2007).

Mesmo que os componentes tecnológicos do ato de cuidar coexistam no processo produtivo em saúde, a variação se dá nas possibilidades de combinação entre eles. Dessa forma, temos então, uma proposição de cuidado em saúde que pressupõe a articulação em redes, promotoras de saúde, ancoradas nas tecnologias leves e leve-duras, em atendimento às necessidades demandadas pelos usuários que buscam os serviços de saúde e esperam que nesse encontro profissional-usuário exista uma escuta e resolutividade.

Esses componentes e seus variantes são expressos na LC que surge como um novo modo de abordar e enfrentar as necessidades dos usuários. A ação das equipes e dos profissionais supera a lógica de consultas e encaminhamentos ampliando assim sua ação como cuidado em saúde.

Continuando a pensar a construção da LC, Franco e Magalhães Júnior (2007, p. 130), propõem que “Trabalhamos com a imagem de uma linha de produção de cuidado, que parte da rede básica, ou de qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos níveis assistenciais”. Para o entendimento da composição da linha de cuidado, a figura abaixo ilustra uma das possibilidades para seu funcionamento.

Figura 2 – Linha de cuidado na rede de assistência integral

Fonte: Franco e Magalhães Júnior (2007, p. 130)

Na Figura 2, a LC é a imagem para se pensar o fluxo de atenção ao usuário, a partir da especificidade de suas necessidades. O desenho auxilia a visualizar as possibilidades para o usuário percorrer a rede de saúde existente como um percurso não só composto pelas estruturas físicas ou específicas desta área, mas pensar também que outras podem estar presentes nesta composição de rede ampliada, como as religiosas, comunitárias, esportivas e da assistência social.

Como o usuário é o estruturante da Linha de Cuidado, seu acesso pode se dar por diferentes formas ou serviços e recursos tecnológicos que necessite. Ao mesmo tempo, a atenção básica está no início da linha, organizando o fluxo, sendo a responsável pelo cuidado e pela estruturação do projeto terapêutico. A Unidade Básica de Saúde (UBS) ou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), assim, garantem o acesso aos demais níveis de assistência, mantendo o vínculo com a equipe inicial e a continuidade ao acesso, que pode ser desde uma visita domiciliar da equipe da ESF até uma internação hospitalar.

Verifica-se nesta proposta uma “quebra” no modo de intervenção vigente onde o usuário precisa se moldar ao que é oferecido e não o contrário. Na LC as ações de cuidado são construídas e pactuadas coletivamente a partir do acolhimento feito pelo profissional da saúde e sua responsabilização pelo que traz o usuário. Isto é possível na medida em que os processos de trabalho são repensados no sentido de fazer uma escuta atenta e qualificada, além de encaminhamentos mais resolutivos, seguros e acompanhados pelo serviço e equipe.

O fluxo apresentado na Figura 2 é ilustrativo, na medida em que se podem pensar outros desenhos possíveis para a organização da LC. Ceccim e Ferla (2006),

por exemplo, propõem o diagrama de uma mandala para uma linha de cuidado orientada pela integralidade. O desenho da mandala - diverso da pirâmide, hierarquizada e vertical - representa rede, fluxos, movimento sem necessariamente um acesso específico de entrada ou saída. Os pontos são pontos de rede que articulam dispositivos dinâmicos e flexíveis para as necessidades em saúde.

Independente do desenho que possa ser organizado como balizador para a construção da linha de cuidado, segue-se Franco e Magalhães Júnior (2007, p. 131), que apontam que “Desenvolver as linhas de cuidado e colocá-las operando é uma inovação nas propostas assistenciais do SUS.”

Por essa razão, a proposta que segue como contribuição desta tese, visa discutir e sugerir apontamentos para a construção de uma Linha de Cuidado específica:

A proposta de se trabalhar o cuidado, abrange a consulta e outros saberes e fazeres, no estabelecimento de outra relação com a equipe e o usuário. Neste movimento, se tem a possibilidade de aproximação e nesta de construir autonomia para o usuário em relação ao enfrentamento de seus problemas. Neste sentido, a proposta de atendimento nos serviços torna-se mais abrangente, estabelecendo uma “linha de cuidado” (BOTTEGA, 2014, p. 263).

Com este pensamento, seguimos a construção avançando agora com mais subsídios para a discussão, pensando nos componentes que integram esta Linha.

5.3.1 A Escuta e a Clínica do Trabalho no SUS

A Clínica do Trabalho pressupõe escuta ao vivido no trabalho. Resgatando o colocado anteriormente, a clínica do trabalho segundo Bendassoli e Soboll (2011a, p. 60) de uma forma ampla, pode ser assim definida:

A ênfase da palavra clínica nesse caso é sobre a articulação do mundo psíquico com o mundo social. A clínica do trabalho aproxima-se de uma clínica social, cuja pauta de pesquisa e intervenção é a realidade vivenciada pelos sujeitos. Em não sendo uma clínica exclusivamente do sujeito intrapsíquico, incorpora, em seus questionamentos, a produção social do sofrimento no trabalho, bem como a produção de circunstâncias pelas quais o trabalho é reconstruído pela ação coletiva e individual. Quer dizer, não é

uma clínica do sofrimento, atenta, exclusivamente, aos aspectos deletérios e nocivos do trabalho; trata-se de uma clínica que, apesar de partir ou pressupor o sofrimento, vai além dele e enfatiza os aspectos criativos e construtivos do sujeito em sua experiência no trabalho.

A escuta é a ferramenta constituída nesta tese que possibilita a proposta da Clínica do Trabalho no SUS que tem na Linha de Cuidado sua expressão. A escuta ao trabalhador que sofre ou está em adoecimento é um processo relacional que deve ser construído com o usuário-trabalhador, pois se sabe que aquele que busca atendimento em saúde vem por alguma razão, por algo que o incomoda e não permite viver a sua vida em plenitude. Esta aproximação, a partir da escuta ao mesmo tempo em que se resgata o sentido da clínica, coloca o sujeito no centro do processo de busca pela saúde, do resgate da vida.

Campos (1996/1997, p.3-4), ao falar de uma clínica com o sujeito, observa “Sim uma clínica centrada nos Sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, inclusive considerando-se a doença como parte destas existências”. Nesse sentido, leva-se em conta a história desse sujeito, como pai, mãe, trabalhador, idoso, pois a clínica se torna pobre ao ignorar essas inter-relações desenvolvidas e necessárias perdendo a capacidade de resolutividade.

Uma clínica centrada no sujeito pressupõe escuta ao demandado, a investigação e análise do porque se busca atendimento e não apenas o conhecimento dos sintomas apresentados. Como bem colocado por Merhy (2013a, p. 257)

Consideramos como centralmente terapêutico os processos de produção de cuidado medidos pela capacidade de manter ou enriquecer as redes de conexões existenciais de alguém, e não simplesmente fazer os processos de remissões de sintomas ou sinais, por ideias de curas como simples recuperações de funções orgânicas.

É necessário investimento na relação clínica e esse investimento precisa ser tanto do usuário quanto do profissional de saúde, assim como o serviço de saúde precisa se mostrar acolhedor ao atendimento. Aquele que busca atendimento está fragilizado em sua condição de “ser” e busca estabelecer minimamente um estado anterior ao da doença.

Ao falarem do exercício da clínica, Rauter, Passos e Benevides (2002), destacam a interface clínico-política das práticas em saúde mental como modos de

produção de subjetividade, pois não se trata apenas das relações com a família ou componentes biológicos, mas também com as políticas e a violência institucionalizada.

Definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência a um só tempo de crítica e de análise, ou como poderíamos dizê-lo, crítico-analítica das formas instituídas, o que sempre nos compromete politicamente (RAUTER; PASSOS; BENEVIDES, 2002, p.9).

Essa clínica, então, resulta da problematização que busca superar o pensamento dicotômico entre individual e coletivo, e entre psicológico e social. E ultrapassa as questões apenas intrapsíquicas, na medida em que amplia o caráter individualizado para os acontecimentos de ordem coletiva, como se têm verificado nas situações de adoecimento no trabalho.

Ao falar da clínica, desse saber-fazer da experiência, Passos (2013) coloca que não existe apenas um modo de tratar ou de cuidar em saúde,

Nas experiências da clínica acompanhamos processo, movimentos. Algo se passa entre esses que se envolvem em uma situação clínica; pois quando falamos que acompanhamos clinicamente alguém não se pode supor que somente um deles seja definido pelo ato de acompanhar. Quando estamos acompanhados é porque algo se passa entre nós: eu acompanho você só e somente se você me acompanha, pois do contrário seríamos obrigados a supor essa situação insólita de um acompanhante sem acompanhamento. É neste entre-dois, neste interstício da relação, neste ponto ilocalizável ou nesse não lugar (um *u-topos*) que a experiência clínica se situa (PASSOS, 2013, p. 218).

Os trabalhadores entrevistados nesta pesquisa relataram claramente o quanto a falta da escuta ou a sua presença faz diferença em suas vidas e em sua saúde. Nos serviços e atendimentos em que não tiveram escuta a seu sofrimento se sentiram revitimizados e ainda mais vulneráveis do que já estavam, mas quando tiveram um encontro com um profissional da saúde que soube entender seu momento e acolher sua demanda, esta situação foi totalmente diferente.

Ao propor um roteiro de entrevista para investigação da saúde mental do trabalhador e o SRQ-20, como ferramentas, não se pretende que isso deva ser seguido como protocolo ou prescrição, mas que sim, possa servir com um balizador para aqueles profissionais que desconhecem uma forma de investigação neste campo. Independente de um roteiro é importante que o trabalho seja considerado

como parte da vida daquele que busca atendimento e que este também faz parte de sua identidade enquanto sujeito no mundo.

É assim que este sujeito se apresenta e se constitui nas relações sociais, e muitas vezes, somente desta forma. Cabe aqui ressaltar que apesar dos relatos terem sido agrupados (no item 5.2 Análise e Discussão), cada relato, testemunho é único.

A escuta ao vivido no trabalho pressupõe que o profissional da saúde²⁹ se permita escutar aquilo que o usuário-trabalhador quer apresentar, ou seja, a sua história. Muitas vezes, esta não tem uma linearidade ou a queixa é objetiva, já que nem sempre se tem a clareza do vivido, mas sabendo que, seguramente, a narrativa rompe a solidão e para romper essa solidão o trabalhador precisa desejar sair do silêncio em que está colocado. Este desejo pode ser constituído na relação entre profissional e trabalhador, principalmente quando aquele que escuta não se coloca na posição de quem julga o que está sendo dito e nem tenta apenas individualizar a situação, pois a situação vivida no trabalho remete ao coletivo, e também à organização do trabalho (DEJOURS, 2004; DEJOURS; BÈGUE, 2010).

A narrativa remete à revivência do trauma, e como coloca Seligmann-Silva (2008, p. 69) “Mais especificamente, o trauma é caracterizado por ser uma memória de um passado que não passa.” Muitas vezes, o narrador perde a certeza da memória daquilo que relata, por desacreditar, ou então, não querer acreditar que o fato realmente tenha acontecido, na medida em que as estratégias defensivas vêm no sentido de buscar ressignificar o sofrimento e aliviar a dor, como lembranças encobridoras.

Há uma tentativa por parte do narrador de preenchimento do sentido para os fatos através do discurso, da narrativa. Como bem coloca Seligmann-Silva (2008, p. 70) “A imaginação é chamada como arma que deve vir em auxílio do simbólico para enfrentar o buraco negro do real do trauma.” O mesmo autor coloca que o testemunho do trauma só se constitui se existir vontade de escutar, de também ter para si este testemunho que se escuta. O que coloca em questão a implicação do clínico no trabalho dessa escuta e o seu afetar-se por ela.

²⁹ Quando se fala em profissional de saúde, não significa necessariamente que apenas um profissional esteja envolvido, ao contrário, é importante o envolvimento de uma equipe do serviço.

Ao mesmo tempo, nas situações limite como as de tentativa de suicídio, temos o sentimento de culpa por ter sobrevivido. Tanto em relação à situação de violência que fez com que o usuário, trabalhador, narrador chegasse ao ato de desejar tirar sua própria vida, quanto o ato em si não ter alcançado seu objetivo, o de morte.

O exercício da clínica, da escuta ao trabalhador, tem mostrado que muitas vezes o responsável pela violência, o assediador, nas situações de trabalho, busca como que aniquilar a possibilidade do relato do “sobrevivente”. Não só se quer silenciar o trabalhador em seu espaço de trabalho como fazer isso em relação à sua vida (BARRETO; HELOANI, 2014; 2013). O que tem se visto nos relatos, narrativas, é que a intensidade dos atos têm aumentado e acontecido em períodos mais curtos de tempo. Também não se pode esquecer que estas situações ilustram e apresentam na atualidade uma falência ou esvaziamento dos coletivos de trabalho. (DEJOURS, 2004).

A proposta de uma Clínica do Trabalho no SUS visa reconstruir a possibilidade de fala aos sujeitos que por sua situação de sofrimento e adoecimento estão em condição de silêncio e solidão. Resgatar o trabalho como fonte de construção de sujeitos, de transformação do sofrimento em prazer a partir do reconhecimento, são pressupostos desta clínica.

A relação entre clínico e usuário é um espaço de promoção de saúde, de aposta na capacidade inventiva do trabalhador que pode ressignificar sua inserção no espaço social. (SILVA; RAMMINGER, 2014; DEJOURS, 2004) “A escuta clínica, funcionaria então, como uma ação de reapropriação, criando “novas” possibilidades aos trabalhadores em relação ao poder da ação no trabalho.” (BOTTEGA, 2014, p. 264). Nas entrevistas, os relatos dos trabalhadores demonstraram o quanto uma “nova narração” a outro, fazem com o que o processo seja reconstruído e ressignificado a cada narrativa. Tanto que a individualização da situação e a culpa de terem feito algo errado, muitas vezes, foi sendo substituída por um acontecimento que se deu na relação com o trabalho e pela sua forma de organização. A culpa anterior vai se modificando e dando lugar ao entendimento do que ocorreu em um espaço e relação específicos.

Não menos importante, é a inclusão da família no acompanhamento deste trabalhador. De acordo com as entrevistas, os trabalhadores e trabalhadores muitas

vezes tem dificuldade de manter um bom relacionamento com a família durante o período de afastamento do trabalho e adoecimento. A família, ou aqueles que estão próximos, companheiro, companheira, pai, mãe, filhos e amigos nem sempre conseguem compreender o adoecimento já que este não é visível, o que é muito comum nas situações de adoecimento psíquico. Esta situação fica mais exacerbada quando é o trabalhador o responsável pelo sustento e/ou organização da dinâmica da família. Além da vulnerabilidade proveniente do adoecimento, a fragilidade é mais intensa por não conseguir auxiliar a família financeiramente no seu cotidiano. A família também precisa ser escutada e esclarecida a respeito do processo que ocorre, sendo participante do cuidado que se entende para além do serviço de saúde.

A partir dos apontamentos dos trabalhadores, pensa-se que esta clínica pode ser constituída em diversos espaços e modalidades. Inicialmente, para que o trabalhador possa ser recebido em sua singularidade e para que se possa a partir dessa relação de confiança, estabelecida no espaço clínico, traçar a construção de um projeto terapêutico (o que será complementado adiante), bem como, oferecer um aporte mais próximo ao sujeito que encontra-se muitas vezes desestabilizado psiquicamente e necessitará de acompanhamento de mais de um profissional da equipe como psiquiatra e/ou psicólogo para a administração de medicação, por exemplo.

Vale ressaltar, que muitas vezes, o trabalhador que busca atendimento, mesmo que adoecido, ainda pode estar trabalhando. É importante que neste acolhimento inicial, o profissional da saúde possa verificar a necessidade de afastamento do ambiente de trabalho, com licença por um curto período, inclusive para avaliação mais pormenorizada da situação. Nesse sentido, a clínica do trabalho não é diversa de outra clínica em saúde mental, que busca evitar o agravamento da situação, como por exemplo, as tentativas de suicídio.

Ao mesmo tempo, pelo entendimento de que o trabalho é construído socialmente, coletivamente, entre os pares, sugerem-se também espaços coletivos de discussão, na modalidade de grupos para que o sujeito possa partilhar o vivido com outros e outras que tenham situações semelhantes. Os entrevistados que relataram participar de atendimentos individuais e/ou coletivos em seu local de trabalho, ou nos sindicatos de suas categorias, viram estas possibilidades como

importantes espaços de superação. Inclusive suas reflexões foram no sentido de que a rede pública de saúde possa construir propostas semelhantes para outros trabalhadores que não têm encontrado atendimento. O destaque principal foi dado aos grupos, onde os trabalhadores constroem laços de confiança e cooperação que foram perdidos/desconstruídos em seu ambiente de trabalho.

Ao falar das modalidades de atendimento em Clínica do Trabalho, construída no espaço sindical, Perez (2014, p. 184), coloca:

Propõe-se acolher e escutar o sofrimento dos trabalhadores que necessitam de atendimento singularizado e ainda não conseguem participar dos grupos, buscando o fortalecimento da autoestima. A decisão sobre participar do grupo ou fazer acompanhamento psicológico semanal em espaço externo ao sindicato é discutida com o trabalhador atendido, quando é feita a indicação especialmente do grupo pelos benefícios proporcionados por esta metodologia de acompanhamento. Contudo, enfatiza-se que o trabalhador tem plena liberdade de escolha dentre as possibilidades oferecidas.

A modalidade de coletivos de discussão em grupos, como espaço para repensar a organização do trabalho, ou como espaço para outras construções coletivas, tem sido fonte de discussão e reflexão de autores como Dejours (2004, DEJOURS; BÈGUE, 2010), Campos (2013; 2000), Passos (2013), entre outros. Estes autores apontam que os coletivos podem construir novas possibilidades de gestão dos espaços e de constituição de sujeitos, onde a discussão feita de forma democrática possa ser uma alternativa ao que se vive em locais de trabalho.

Todo o proposto baseia-se na escuta, uma tecnologia leve-relacional, no modelo de cuidar centrado no usuário: “É o que deveria ocorrer em processos de cuidado em que as histórias de vida do usuário são fundamentais e suas formas de compor os processos de cuidado também” (MERHY, 2013a, p. 256).

Conforme colocam Merhy e Franco (2013), não há cuidado em saúde sem integralidade. A integralidade conforme preconizado na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), é um princípio da política de saúde brasileira “[...] que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço.” (PINHEIRO, 2009, p. 255).

A integralidade como modo de organizar as práticas de saúde, exige uma superação da fragmentação e divisão das atividades dos serviços de saúde, com certa horizontalização (PINHEIRO, 2009a; MERHY; FRANCO, 2013). A integralidade

é uma estratégia concreta de uma construção coletiva que busca na prática superar obstáculos e propor inovações nos serviços de saúde, repensando conceitos, noções e definições que norteiam o SUS (PINHEIRO, 2009a).

Se, de um lado, a forma de organização de nossa sociedade, baseada no capitalismo, tem favorecido inúmeros avanços nas relações de produção, sobretudo no que diz respeito à crescente sofisticação e progresso de tecnologias em diferentes campos, inclusive na saúde, o mesmo não se pode dizer das relações sociais. Estas revelam o sofrimento difuso e crescente de pessoas que são cotidianamente submetidas a padrões de profundas desigualdades, expressos pelo acirramento do individualismo, pelo estímulo à competitividade desenfreada e pela discriminação negativa, com desrespeito às questões de gênero, raça, etnia e idade (PINHEIRO, 2009a, p. 258).

Frente a estes processos, tem-se a garantia de direitos, o acesso à saúde para todos, e experiências inovadoras que buscam garantir a autonomia e participação no cuidado e na saúde que são desejados pelos sujeitos. Para que a integralidade seja concretizada, como direito, é importante que tenhamos suas três dimensões: “[...] a organização dos serviços, os conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde e as políticas governamentais com participação da população” (PINHEIRO, 2009a, p. 259). Como exemplo do alcance da integralidade, temos o acolhimento, o vínculo e a responsabilização na gestão do cuidado.

Sobre o acolhimento para os trabalhadores na clínica do trabalho Perez (2014), pondera que o acolhimento acontece sem a necessidade de um agendamento prévio. É feito em um primeiro momento a escuta do que é trazido pelo trabalhador que busca o serviço.

A proposta de acolhimento surgiu como necessidade de dar conta do sofrimento do trabalhador em situação de crise. É um atendimento que se faz em situação de emergência, em que o sujeito precisa de escuta qualificada focada no trabalho. O que mobiliza sua crise é um acontecimento recente, então o fato de ser acolhido, encontrar uma escuta e reconhecer que não está só em um momento de dificuldade, já proporciona alívio ao trabalhador que sofre (PEREZ, 2014, p. 184).

Ao falar dos atos tecnológicos formados no ato de cuidado, Merhy (2013a, p. 255), diz que um elemento só se realiza no encontro com o outro “[...] é um elemento que se evidencia pela ação na presença do outro no mundo do cuidado, no encontro, com a prática do acolhimento.” O acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que pode ser estabelecida pelos trabalhadores e o serviço de uma

forma geral para todos os usuários. A relação dos trabalhadores de saúde com os usuários estão sempre pautadas em relações, de falas, escutas onde se acolhe ou não aquilo que é demandado, mas que pressupõe um enfrentamento ao problema que se apresenta, sendo necessário o estabelecimento de alguma vinculação.

O vínculo, ou a construção de laços é um fator de potencialidade para os percursos e caminhos possíveis para o usuário na construção de um projeto terapêutico singular. Para Malta e Merhy (2010) o itinerário do usuário pela LC pressupõe uma rede de serviços que suporte as ações necessárias para a composição de um projeto terapêutico que seja adequado e que conduzirá o processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis.

O projeto terapêutico pressupõe, então, uma construção entre usuário e profissional, ou equipe de saúde, sobre propostas e/ou condutas de cunho terapêutico a serem trabalhadas em determinado momento, como um cuidado específico em saúde. O projeto deve se basear em uma avaliação diagnóstica, e a partir dela, conter ações com perspectivas de curto, médio e longo prazo. Preferencialmente, a situação do usuário e o seu projeto devem ser acompanhados pela equipe do serviço que pode necessitar de apoio matricial³⁰. Um projeto deve estar sempre sujeito à reavaliação devido às situações de vida não serem estanques e estarem suscetíveis aos mais diversos acontecimentos (BRASIL, 2008). É importante também, que além dos recursos de saúde disponíveis, dentro do sistema, levem-se em conta as redes de apoio sociais existentes na comunidade do usuário, além da participação ativa da família, conforme já apontado (MALTA; MERHY, 2010).

A “linha de produção do cuidado” não se encerra no momento em que é estabelecido o projeto terapêutico, ela deve continuar no acompanhamento deste usuário para garantir a integralidade do cuidado. Existem diversas etapas neste percurso (LC) que são microprocessos de trabalho específico, determinado pelos atos de cada produtor de serviços/profissional de saúde envolvido (MALTA; MERHY, 2010, p. 601).

³⁰ Apoio matricial - Nova lógica de produção do processo de trabalho onde um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes (REDE HUMANIZA SUS, 2014).

O projeto terapêutico se constitui também como uma possibilidade do profissional da saúde e equipe repensar suas práticas na medida em que se faz a partir de uma construção coletiva e que reorganizam os atendimentos, os serviços e a rede disponível para oferecimento. É um momento, ao mesmo tempo, de corresponsabilização e pactuação entre o profissional e usuário que se comprometem em buscar uma melhoria de saúde individual, mas com uma proposta coletiva.

5.3.1.1 Construção da LC com os profissionais da saúde

As questões de saúde e doença estão sempre presentes em nosso cotidiano, sejamos profissionais da saúde ou não. Mas a proximidade com o adoecimento alheio nos aproxima de uma realidade: de que também podemos adoecer. Estar próximo de usuários que adoecem em função do trabalho, traz aos profissionais da saúde a possibilidade de que podem adoecer por razões semelhantes. Por essa razão, entre outras tantas, falar sobre saúde do trabalhador na área da saúde não é uma tarefa fácil.

Para pensar a Linha de Cuidado em Saúde Mental do Trabalhador é necessário que o profissional da saúde inicialmente tenha o tema ou componente trabalho fazendo parte de seu cotidiano na prática da atenção em saúde. É preciso que os profissionais da saúde se vejam como trabalhadores que atendem outros trabalhadores e que, portanto, entendem o quanto o trabalho é importante na vida. O trabalho deve estar inserido na discussão do atendimento em saúde e não pode estar fora da dimensão de um componente promotor de saúde e doença.

Conforme se buscou construir ao longo deste texto, colocar a questão do trabalho em discussão e esta discussão na esfera dos serviços de saúde é de suma importância, principalmente porque a demanda por atendimentos tem batido à porta. E uma coisa é verdadeira, comprovada por estatísticas, pelas entrevistas aqui relatadas e pela prática de profissionais nas mais variadas áreas da saúde: o trabalho faz sofrer/adoecer e este adoecimento tem aumentado nos últimos anos.

Por isso a proposta de discutir com os profissionais que atendem na área pública e privada, mas principalmente nos serviços do SUS a respeito de qual o sentido do trabalho na atualidade, porque as pessoas adoecem pelo trabalho e o que podemos fazer quando nos deparamos com os trabalhadores que tem esta demanda específica. Uma das sugestões aqui apresentadas é o uso da cartilha (APÊNDICE C) produzida no projeto “Proposta para construção de rotinas de atendimento em saúde mental e trabalho em pacientes atendidos na rede do Sistema Único de Saúde”.³¹

Na cartilha, o grupo de trabalho organizou aspectos que podem ser disparadores desta discussão, já que por experiência nesta área sabe-se o quanto é difícil lidar com as questões relativas à saúde mental e mais especificamente as do trabalho. Muitas vezes, os profissionais da saúde sentem-se paralisados quando um trabalhador chora, relata violência, assédio, ou diz ter atentado contra sua própria vida. Então, a proposta é que esta discussão, assim como este sofrimento de quem atende “entre na roda” quebrando-se esta paralisia, e se apontando criativamente novas vias de atendimento como a proposta de Linha de Cuidado.

Mas sabe-se que essa discussão não é suficiente. Apesar de ser um começo, e uma possível ferramenta para futuras mudanças, é necessário também que a organização dos processos de trabalho em saúde seja repensada e enfrentada para que opere centrada nas necessidades do usuário (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2013). Assim, para a integralidade do cuidado, a organização dos processos de trabalho deve ser revista desde a atenção básica ou outra porta de entrada, conforme desenho proposto anteriormente.

Por experiência, os profissionais e consumidores sabem que, quanto maior a composição das caixas de ferramentas utilizadas para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente, ou em equipes, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde enfrentado e maior capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria composição de processo de trabalho (MERHY, 2007a, p. 28).

³¹ A Cartilha é um dos produtos do projeto aprovado em edital do Ministério da Saúde, mais especificamente a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, conforme apontado no item Problema de Pesquisa.

Conforme aponta Merhy (2007a), de acordo com os modelos de gestão adotados os processos de trabalho nem sempre têm possibilitado a produção do cuidado num compromisso com a cura e a promoção. Usuários e trabalhadores da saúde vivem duras experiências no cotidiano da saúde brasileira, pautado muitas vezes numa lógica de controle de custos das ações em saúde que impedem a criação de novas práticas ou alternativas.

Vê-se que fazer essa discussão aponta vários desdobramentos que pressupõem não apenas um olhar para o usuário-trabalhador, mas também, e em certa medida, repensar conjuntamente a organização do trabalho em saúde. Para isso é necessário o envolvimento de gestores, trabalhadores e usuários numa espécie de “pacto” de adesão a um projeto de mudança que envolve vontade política e principalmente os recursos de negociação, interlocução e predisposição para a construção do novo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como o trabalho não pode ser medido apenas pelo seu resultado - seu valor está no processo singular de sua construção -, nesta tese busquei descrever todo o percurso desde a proposta de problema de pesquisa, seu desenvolvimento, chegando ao levantamento final.

Esta tese, então, se agrega ao resgate da discussão sobre a necessidade de construir possibilidades de atendimento e acompanhamento na saúde para trabalhadores e trabalhadoras que sofrem e adoecem psicicamente em sua relação com o trabalho. Seu objetivo principal foi o de construir propostas para uma clínica em saúde mental e trabalho para os serviços do Sistema Único de Saúde, tendo como campo inicial o Ambulatório de Doenças do Trabalho (ADT) do HCPA.

Para tanto, foram feitas entrevistas em profundidade com 24 trabalhadores e trabalhadoras que se dispuseram a compartilhar suas histórias de trabalho/vida em encontros realizados no Centro de Pesquisa do HCPA e no Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho. Todos demonstraram interesse em participar da pesquisa, querendo inclusive continuar a entrevista. Mesmo os que não puderam participar naquele momento da entrevista, colocaram-se à disposição.

No percurso da escrita, dialoguei com alguns autores para aprofundar o entendimento da transformação histórica ocorrida no trabalho e sua influência na subjetividade dos trabalhadores, mais precisamente na produção de sofrimento, adoecimento e até mesmo a morte. Por mais que o trabalho sempre tenha influenciado a vida dos sujeitos, por sua importância na inserção social, as últimas décadas trouxeram mudanças importantes na sua organização, com inclusão de novas estratégias e tecnologias, visando o aumento do controle sobre o trabalhador e sua produtividade.

Os novos modelos de gestão e as provenientes transformações no modo de operar o trabalho mostraram estreita relação com o aumento da violência psicológica e assédio moral vivido nas organizações. A ausência de espaços coletivos para a discussão sobre o trabalho, com a consequente diminuição da solidariedade, confiança e reconhecimento entre os pares evidencia um enfraquecimento dos laços sociais demonstrado pela competição, individualismo, traição e agressividade. Por

outro lado, mas na mesma discussão, a Clínica Psicodinâmica do Trabalho ao fazer leitura destes acontecimentos e seus impactos, permitiu reconhecer o quanto este cenário tem um caráter político, econômico, social e cultural e, por isso mesmo, estas transformações não influenciam apenas a subjetividade dos trabalhadores, mas de toda a sociedade.

Não me propus a pesquisar uma categoria única de trabalhadores, já que minhas questões não foram dirigidas a um grupo específico, mas objetivaram também identificar o adoecimento em saúde mental relacionado ao trabalho na atualidade. Os entrevistados trabalham nas áreas do comércio, educação, segurança patrimonial, indústria e saúde. Independente dos que estão trabalhando atualmente, todos já estiveram afastados anteriormente por motivos de saúde por longos períodos. Mesmo que o motivo do adoecimento seja relacionado ao trabalho, e a ambivalência sobre este adoecer esteja presente nos relatos de seus sentimentos, todos têm uma relação de pertencimento com o trabalho de extrema dedicação.

O ciclo de adoecimento é visível, manifesto pela permanência no trabalho mesmo em casos de adoecimento e com licenças saúde indicadas em avaliação médica, mas não utilizadas. O medo de se afastar do trabalho é uma constante, pelos sentimentos de inutilidade e descarte exacerbados pelo discurso gerencial de fácil substituição.

Esses trabalhadores, em sua maioria afastados das atividades laborais, relatam profundo sofrimento e situações de adoecimento relacionadas ao seu trabalho. Alguns chegando ao desespero e desesperança de mudanças em suas vidas, fizeram tentativas de suicídio. É possível afirmar que o trabalho para este grupo tem se constituído mais como fonte de sofrimento e conseqüente adoecimento, na medida em que a permanência nos espaços laborais chegou ao insuportável.

A maioria faz uso de medicação psiquiátrica, por mais que seja uma minoria a atendida periodicamente por profissional da saúde mental. A sintomatologia é variada: dores generalizadas, cansaço permanente, insônia, aumento de peso e tristeza profunda. Quadros com características depressivas, seguidos de medos e em alguns casos indiferença com a vida.

Outra proposta dessa tese foi a de compreender como as formas de gestão influenciam o adoecimento nos ambientes de trabalho, que foi evidenciado nos relatos de mudanças na forma de gestão, seja pela inclusão de novas ferramentas nos Recursos Humanos/Gestão de Pessoas, ou por modificações nas relações e nas solicitações de tarefas. A prescrição para a execução do trabalho se tornou mais rígida, ao mesmo tempo em que diminuíram as explicações ou esclarecimentos de como realizá-lo. As cobranças e exigências provenientes de chefias foram ficando mais rudes, severas, e nem sempre claras, aumentando as situações de punições e advertências por questões/erros que não foram explicitadas para o trabalhador. Estas manifestações da nova organização do trabalho desencadearam sentimentos de insegurança e incerteza em relação ao trabalho bem feito.

Somadas às mudanças citadas no gerenciamento, acrescentam-se a sobrecarga de trabalho, novas formas de controle, bem como processos de avaliação de desempenho individualizado; nesse sentido, como não é possível avaliar o trabalho apenas por seu resultado e de forma individualizada, o sentimento dos avaliados foi de desconfiança e injustiça. É possível verificar o quanto as mensagens da gestão são paradoxais, de dupla linguagem confundindo até mesmo as chefias imediatas que também estão subordinadas à hierarquia com relação semelhante.

Os casos de assédio moral também foram relatados pelos trabalhadores e trabalhadoras fazendo parte de ações de violência psicológica que tomaram proporções maiores do que atos isolados ou de acontecimento esporso. A exposição a situações vexatórias, xingamentos e maus tratos tornaram-se cotidianas estabelecendo perseguições ao sujeito em foco. Estas situações foram consideradas assédio moral em laudo do médico do trabalho e por advogado, e estão sendo encaminhadas judicialmente.

A violência psicológica esteve presente em todas as falas nas entrevistas, como forma de gerenciamento nos locais de trabalho. Abuso de poder, ameaças, gritos, isolamento dos demais, fofocas, acusações infundadas e humilhações generalizadas foram práticas que apareceram no cotidiano dos trabalhadores e trabalhadoras. Além desta violência, também fizeram parte agressões físicas e assédio dos colegas com permissão ou omissão das chefias.

Com modelos de gestão tão coercitivos e punitivos, os espaços de reunião e encontro se reduziram à passagem de informação, cobranças coletivas ou de exposição individual dos trabalhadores, sendo mais um palco para evidenciar atos violentos. Na falta de espaços para diálogo, e com medo da traição e falta de confiança nos colegas, foram poucas as falas que mostraram brechas solidárias para trocas.

Mesmo nas histórias extremas, de tentativas de suicídio ou com assédio moral confirmado, a dedicação ao trabalho foi uma constante, como função operadora de manutenção de vida, de pertencimento. O engajamento com o trabalho, a retidão na conduta na realização das tarefas é verbalizado como um verdadeiro tesouro para estes homens e mulheres que mesmo afastados do espaço laboral valorizam sua contribuição social. Ocorre que, no quadro dos novos modelos gerenciais, o reconhecimento pelo trabalho bem feito não é um valor a ser considerado, mesmo que algum movimento neste sentido seja feito pela organização, é fugaz e nem sempre verdadeiro, na medida em que visa aumento de produtividade e lucro.

Ainda assim, alguns trabalhadores apesar de esmorecidos em suas certezas sobre o trabalho, conseguiram voltar-se contra injustiças da gestão, para com os colegas ou eles mesmos, fazendo um enfrentamento mesmo que de forma individual. A resistência em aceitar o que consideraram incorreto, demonstra, o quanto, apesar de vulnerabilizados, optaram por não banalizar sofrimento alheio. Por outro lado, alguns acabaram adoecendo exatamente por fazerem este enfrentamento e ficarem mais fragilizados.

Ainda, como objetivo desta tese está a proposição de outras possibilidades para a atenção à saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras atendidos no SUS. Apesar de nem todos os entrevistados fazerem algum tipo periódico de acompanhamento periódico com profissional de saúde mental, todos apontaram a importância desse atendimento e aqueles que não o fazem, dizem necessitar. Do grupo, alguns são atendidos em sindicatos, outros no serviço de sua empresa, clínica-escola e apenas uma tem atendimento psicológico e psiquiátrico em serviços dos SUS na política de HIV/AIDS. Isso evidencia o quanto os sujeitos com questões psíquicas relacionadas ao trabalho não são acolhidos pela rede de saúde de forma integral.

Contudo, dos que são acolhidos em grupo ou atendimento individual, os efeitos operados pelo trabalho em seu sofrimento/adoecimento têm sido gradativamente construídos nestes espaços, descaracterizando a culpa que antes operava. Seguindo no sentido de se construir o entendimento do processo de adoecimento, a presença e apoio da família ou pessoas próximas são de suma importância. As pessoas que compartilham o cotidiano nem sempre conseguem compreender a dor, sofrimento por algo que não é visível, ou objetivamente comprovado. Conviver com alguém que antes era o responsável pelo sustento ou integração familiar e que agora não consegue sequer, muitas vezes, dar conta de seu próprio cuidado pessoal é incompreensível para a família. Por mais que o sujeito tente colocar em palavras o que sente, o que lhe fez adoecer, nem sempre consegue isso sozinho. Mais um aspecto que evidencia que não se pode separar a vida no trabalho de outros espaços, como o familiar, demonstrando o quanto todos sofrem quando um de seus integrantes é afetado, e por essa razão, precisam ser acolhidos e acompanhados em alguma ação de saúde.

Como a maioria dos participantes da pesquisa está afastada do trabalho ou já esteve em algum momento, a avaliação do serviço prestado pelo INSS foi uma constante. Um aspecto comum a todos que comentaram sobre o serviço é que este precisa ser mais humanizado, ágil e levar em consideração os laudos/atestados e a fala do trabalhador. A desconfiança sentida nas avaliações periciais, além da maratona para atendimentos e comprovação do adoecimento deixa cada vez mais fragilizado o trabalhador que já está em sofrimento.

Quanto às vivências de atendimento na rede de serviços do SUS, as situações são as mais variadas. Como treze trabalhadores são da área da saúde, estes aparentemente tiveram mais facilidade para encaminhamentos ou atendimentos, mesmo que não fossem da rede. Daqueles que buscaram atendimento psicoterápico na rede em CAPS ou encaminhamento via UBS disseram não ter conseguido ou se sentido acolhidos. Dos que são atendidos no Ambulatório do HCPA, os relatos são de acolhimento e entendimento ao que estão vivenciando pelo trabalho, mas por ser um ambulatório de um hospital estes deveriam ser referenciados para a rede, o que nem sempre acontece, por falta de serviço a ser encaminhado. Também é importante registrar que alguns por estarem em momento de extrema fragilidade, ou mesmo pela falta de entendimento do que estão

vivenciando, sequer conseguiram buscar algum tipo mais específico de atendimento em saúde mental.

Ao final da entrevista, alguns agradeceram a oportunidade de falar de suas histórias e sugeriram que este trabalho pudesse continuar não como pesquisa, mas como um serviço no próprio hospital ou em outro do SUS. Como a última questão da entrevista indagava sobre o interesse na participação em um grupo com outros trabalhadores, caso esse ocorresse, os que responderam positivamente apostam na proposta de grupo como uma possibilidade de atendimento.

A organização do roteiro para as entrevistas e o uso conjunto do SRQ-20 possibilitaram o entendimento da história do trabalhador, sua relação com o trabalho e de sua saúde em intrínseca associação com o vivido no espaço laboral. Esta ferramenta pode se constituir como acessória para profissionais da saúde que necessitam fazer investigação diagnóstica da relação saúde mental e trabalho, além de trazer importantes questionamentos para construir uma proposta de acompanhamento terapêutico para o trabalhador ou trabalhadora que busca o serviço. Como se trata de um roteiro extenso é importante que seja reservado um período de tempo suficiente para o encontro, que pode ser realizado em mais de um momento.

É importante atentar, no entanto, que caso o sujeito ainda não tenha acompanhamento e se mostre ansioso, angustiado, a investigação de ideação suicida é necessária de ser esclarecida naquele momento, não deixando o trabalhador sem um encaminhamento preciso. Como as necessidades dos sujeitos são variadas, é necessário que o profissional responsável pelo atendimento possa ter - de forma emergencial - propostas de continuidade para o atendimento. Um trabalhador pode necessitar de avaliação para uma licença (para o afastamento temporário de seu ambiente de trabalho), outro pode necessitar de prescrição para medicação, mas há ainda o que precisa de acompanhamento específico, como por exemplo, uma internação para estabilização psíquica. Em situações como essa, a presença de um familiar e a construção de vínculo e compromisso para um próximo atendimento são fundamentais.

Nesse sentido, coloco como possibilidade para composição no SUS, a construção de uma Linha de Cuidado em Saúde Mental do Trabalhador que possa pensar ações de cuidado entre os profissionais, usuários e serviços pensar ações de

cuidado que priorizem o momento de vida do usuário e possam ser resolutivas visando a promoção de saúde. A partir da escuta atenta, enquanto tecnologia leve, o acolhimento no serviço, e a possibilidade de cuidado integral ao sujeito em sofrimento podem garantir qualidade e resolutividade.

Mas, para isso é necessário que os profissionais da saúde incluam na entrevista inicial dos usuários a questão do trabalho. Um simples questionamento voltado para a atividade de trabalho realizada pode abrir caminhos diversos daqueles em que fosse apenas investigada a sintomatologia manifesta. Por isso na Linha de Cuidado, são construídos e pactuados com os envolvidos, movimentos para ações que sejam mais resolutivas acompanhadas com a responsabilização da equipe e serviço. Isso pode ser expresso em um projeto terapêutico que coletivamente traçado pode vir a ser dinâmico e flexível o suficiente às situações apresentadas.

A clínica, expressa na Linha de Cuidado, é uma clínica de suporte e acompanhamento que pressupõe a criação de vínculo e confiança entre usuário e profissional da saúde. Importante ressaltar que por ser uma clínica que no seu cotidiano traz expressões de sofrimento/adoecimento de grande complexidade, é preciso que a equipe e outros serviços deem suporte na discussão da operacionalidade dos casos e como apoio aos profissionais que fazem o atendimento. Essa clínica pode ser tanto em caráter individual, inicialmente, quanto de forma coletiva, na medida em que os grupos oferecem importante suporte para os participantes que reconhecem nos pares situações semelhantes às suas. O grupo resgata o caráter coletivo que não se encontra nos espaços de trabalho.

A discussão da Clínica do Trabalho no SUS pressupõe trazer a questão do trabalho para a roda. Tanto o trabalho que muitas vezes faz adoecer os trabalhadores que buscam os serviços de saúde, como o próprio trabalho em saúde. Utilizar-se de novas tecnologias e quebrar com estruturas já organizadas é necessário para desacomodar e repensar as práticas cotidianas.

A compreensão que apresento não é individual, foi construída coletivamente em relações estabelecidas durante a pesquisa, e não somente neste período, com trabalhadores e trabalhadoras, profissionais de saúde e nos serviços do SUS. A tese buscou, nas possibilidades aqui apresentadas, contribuir na construção e afirmação

da política para a saúde do trabalhador, principalmente voltada para a rede de saúde pública.

Por fim, este entrelaçamento se construiu com a perspectiva da Clínica do Trabalho e da Psicologia Social, voltada para a saúde mental destes trabalhadores na intenção de ampliar a construção de conhecimento nesta área com a participação de profissionais que auxiliem na reflexão sobre o trabalho, e as transformações das condições causadoras de danos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Giovanni. **O novo (e precário mundo trabalho):** reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boitempo, 2010.

AMAZARRAY, Mayte R., CÂMARA, Sheila G.; CARLOTTO, Mary S. Investigação em saúde mental e trabalho no âmbito da saúde pública no Brasil. In: MERLO, Alvaro R. C.; BOTTEGA, Carla G.; PEREZ, Karine V. (Orgs.) **Atenção à saúde mental do trabalhador:** sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

ANDRADE, Selma M.; SOARES, Darli A.; CORDONI JUNIOR, Luiz. **Bases da saúde coletiva.** Londrina: UEL, 2001. Capítulos 1 e 2.

_____. (Org.) **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2006

_____. (Org.) **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II.** São Paulo: Boitempo, 2013

ANTUNES, Ricardo. As dimensões da crise no mundo do trabalho. Olho da História. **Revista de História Contemporânea da UFBA,** 1998.

ARAÚJO, Luciane K. R. Clínica do trabalho. In: VIEIRA, Fernando de O.; MENDES, Ana M., MERLO; Alvaro R. C. (Orgs.) **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho.** Curitiba: Juruá. 2013.

_____.; MENDES, Ana M. Reflexões sobre a clínica psicodinâmica do trabalho no contexto sindical. In: MENDES, Ana M.; BOTTEGA, Carla G.; CASTRO, Thiele C. M. (Org.). **Clínica psicodinâmica do trabalho de professores:** práticas em saúde do trabalhador. Curitiba: Juruá, 2014.

ARENDDT, Hannah. **Eichmann em Jerusalém –** um relato sobre a banalidade do mal. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

ASSÉDIO MORAL. **Chega de humilhações.** Disponível em: <http://www.assediomoral.org>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

BARRETO, Margarida. **Uma jornada de humilhações.** São Paulo: Fapesp / PUC, 2000.

_____.; VENCO, S. Da violência ao suicídio no trabalho. In: BARRETO, M., NETTO, N. B., PEREIRA, L.B. (Org.) Do assédio moral à morte de si: significados sociais do suicídio no trabalho. 1 ed. São Paulo: Matsunaga, 2011.

_____.; HELOANI, Roberto. Assédio Moral e Sexual. In: VIEIRA, Fernando de O. et al. (Orgs.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho.** Curitiba: Juruá. 2013.

_____.; _____. O assédio moral como instrumento de gerenciamento. In: MERLO, Alvaro R. C.; BOTTEGA, Carla G.; PEREZ, Karine V. (Orgs.) **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis A. P. (Org.) **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo. Atlas, 2011.

_____.; _____. Clínicas do trabalho: filiações, premissas e desafios. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 14, n. 1, p. 59-72, 2011a.

BERTTOLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. Série História em Movimento. 4. ed. São Paulo: Ática, 2008.

BITTENCOURT, Lilian C.; BELOMÉ, Maura C.; MERLO, Alvaro R. C. **Centros de referência em saúde do trabalhador, sistema único de saúde e a saúde mental**. In: MERLO, Alvaro R. C.; BOTTEGA, Carla G.; PEREZ, Karine V. (Orgs.) **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

BOTTEGA, Carla G. A hora do “bom-dia” – Apontamentos para composição da linha de cuidado em saúde do trabalhador no sistema único de saúde (sus). In: MERLO, Alvaro R. C.; BOTTEGA, Carla G.; PEREZ, Karine V. (Orgs.) **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

_____. **Loucos ou heróis: um estudo sobre prazer e sofrimento no trabalho dos educadores sociais com adolescentes em situação de rua**. 201 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 17 dez. 2014

_____. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situações em Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMARGO, Dúlio A.; CAETANO, Dorgival; GUIMARÃES, Liliana A. M. **Psiquiatria ocupacional**: aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. São Paulo: Atheneu, 2010.

CAMPOS, Gastão W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out-dez. 1998

_____. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **A clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. 1996/1997. Artigos. Disponível em: <<http://www.gastaowagner.com.br/>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

CASSORLA, Roosevelt M. S. Considerações sobre o suicídio. In: CASSORLA, R. M. S. (Org.) **Do suicídio**: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, p. 17-26, 1991.

CECCIM, Ricardo B., FERLA, Alcindo A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

CHANLAT, Jean-François. O desafio social da gestão: a contribuição das ciências sociais. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis A. P. (Org.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo. Atlas, 2011.

DEJOURS, Christophe, BÈGUE, Florence. **Suicídio e trabalho**: o que fazer? Brasília: Paralelo 15, 2010.

_____. Trabalho vivo. **Sexualidade e trabalho**. Tomo I. Brasília: Paralelo 15, 2012.

_____. In: LANCMAN, Selma.; SZNELWAR, Laerte.I. **Christophe Dejours** - Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo, 2004.

_____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.

_____. **Conferências brasileiras**: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Fundap, 1999.

_____. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

_____. ; ABDOUCHELI, Elisabeth. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth.; JAYET, Christian.

Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DIAS, Elizabeth C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: ROCHA, Lys E. et al. (Org.) **Isto é trabalho de gente?**. São Paulo: Vozes, 1993.

DUARTE, Fernanda S., CASTRO, Thiele C. M. Clínica das patologias com professores da rede pública do Distrito Federal. In: MENDES, Ana M.; BOTTEGA, Carla G., CASTRO, Thiele C. M. (Org.) **Clínica psicodinâmica do trabalho de professores:** práticas em saúde do trabalhador. Curitiba: Juruá, 2014.

FARIA, José H. Apresentação. In: SOBOLL, Lis A. P.; FERRAZ, Deise L. S. (Org.). **Gestão de pessoas:** armadilhas da organização do trabalho. São Paulo: Atlas, 2014.

FERREIRA, João B. Violência e assédio moral no trabalho: patologias da solidão e do silêncio. In: SOBOLL, Lis A. P. (Org.) **Violência psicológica no trabalho e assédio moral:** pesquisas brasileiras. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

_____. **Patologias da solidão.** In: VIEIRA, Fernando de O.; MENDES, Ana M., MERLO, Alvaro R. C. (Orgs.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho.** Curitiba: Juruá. 2013.

FIOCRUZ. **Linha do tempo Fiocruz.** Disponível em:
<<http://portal.fiocruz.br/content/linha-do-tempo-texto>>. Acesso em: 30 set. 2012.

FRANCO, Túlio B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Org.). **Gestão em redes:** práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

_____.; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio m. Integralidade na assistência à saúde: a organização da Linhas de Cuidado. In: MERHY, Emerson E. et al. **O trabalho em saúde - olhando e experienciando o SUS no cotidiano:** o debate da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____.; MERHY, Emerson E. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: FRANCO, Túlio B.; MERHY, Emerson E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

GAULEJAC, Vincent de. A NGP: a nova gestão paradoxal. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis A. P. (Org.). **Clínicas do trabalho:** novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo. Atlas, 2011.

_____. **Gestão como doença social:** ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2007.

GONÇALVES, Daniel M.; STEIN, Airton T.; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do self-reporting questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Feb. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2012.

GORENDER, Jacob. Apresentação. In: MARX, Karl. **O capital**. Crítica da economia política (Tomo 1). São Paulo: Nova Cultural, 1996. Disponível em: <www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_fontes/acer_marx/ocapital-2.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola, 1992.

HELOANI, Roberto. **Gestão e organização no capitalismo globalizado**: história da manipulação psicológica no mundo do trabalho. São Paulo: Atlas, 2010.

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Serviço de Medicina Ocupacional**, Ambulatório de Doenças do Trabalho (ADT). Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/278/473/>>. Acesso em: 15 out. 2012.

_____. Serviço de Medicina Ocupacional. Disponível em: <https://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/278/1672/>. Acesso em: 15 out. 2012b.

JOST, Rossana; FERNANDES, Bruna; SOBOLL, Lis A. P. A subjetividade do trabalhador nos diferentes modelos de gestão. In: SOBOLL, Lis A. P.; FERRAZ, Deise L. S. (Org.). **Gestão de pessoas**: armadilhas da organização do trabalho. São Paulo: Atlas, 2014.

LHUILIER, Dominique. Prefácio. BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis A. P. (Org.) **Métodos de pesquisa e intervenção em psicologia do trabalho**: clínicas do trabalho. São Paulo: Atlas, 2014.

_____. **Filiações teóricas das clínicas do trabalho**. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis A. P. (Org.) **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo. Atlas, 2011.

LIMA, Suzana C. C.; VIANA, Terezinha de C. Vivência subjetiva de desamparo no mundo trabalho contemporâneo: linhas de um debate. **Pesquisas e Práticas Sociais**, São João Del-Rei, v. 1, n. 1, p. 1-19, jun. 2006.

LUZ, Madel. Saberes e práticas do cotidiano das instituições de saúde em Porto Alegre. **XIV Seminário Internacional do Projeto Integralidade**, Porto Alegre, 13 out. 2014.

MALTA, Deborah C., MERHY, Emerson E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MARTINS, José de Souza. **O cativo da terra**. 3. ed. São Paulo: Ciências Humanas, 1986.

MARX, Karl. **O capital**. Crítica da economia política (Tomo 1). São Paulo: Nova Cultural, 1996. Disponível em: <www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_fontes/acer_marx/ocapital-2.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

MENDES, A. M.; SIQUEIRA, Marcos V. Avaliação de desempenho e assédio moral. In: SOBOLL, Lis A. P.; FERRAZ, Deise L. S. (Org.). **Gestão de pessoas: armadilhas da organização do Trabalho**. São Paulo: Atlas, 2014.

_____.; ARAÚJO, L. K. R.; MERLO, A. C. Prática clínica em psicodinâmica do trabalho: experiências brasileiras. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis A. P. (Org.) **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo. Atlas, 2011.

_____.; _____. **Clínica psicodinâmica do trabalho: práticas brasileiras**. Brasília-DF. Ex-Libris, 2011.

_____.; _____. Violência e sofrimento ético: contribuições da Psicodinâmica do Trabalho. In: MENDES, Ana M. (Org.) **Violência no trabalho: perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica**. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2010.

_____. Pesquisa em psicodinâmica: A clínica do trabalho. In: MENDES, Ana Magnólia. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método, pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 1, p. 65-88, 2007.

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____.; O Cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, Túlio B.; MERHY, Emerson E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. Ver a si no ato de cuidar. In: CAPOZZOLO, Angela A.; CASSETTO, Sidnei J.; HENZ, Alexandre O. (Org.). **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013a.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson E. et al. **O trabalho em saúde - olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007a.

_____. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERLO, Álvaro R. C.; BOTTEGA, Carla G.; PEREZ, Karine V. (Org.). **Atenção ao sofrimento e ao adoecimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora:** cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS. il. Augusto Franke Bier – Porto Alegre: Evangraf, 2014a.

_____.; _____.; _____. Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Versão eletrônica. **Renast Online**. Disponível em: <<http://www.renastonline.org/blog/merlo/lan%C3%A7amento-livro-aten%C3%A7%C3%A3o-sa%C3%BAde-mental-trabalhador-sofrimento-transtornos-ps%C3%ADquicos>>. Acesso em: 10 ago. 2014b.

_____.; _____.; MAGNUS, Cláudia de N. Espaço público de discussão. In: VIEIRA, Fernando de O.; MENDES, Ana M.; MERLO, Alvaro R. C. (Orgs.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá. 2013.

_____. Parte I - Entrevista 1. In: BARRETO, Margarida; NETTO, Nilson B.; PEREIRA, Lourival B. (Orgs.). **Do assédio moral à morte de si:** significados sociais do suicídio no trabalho. São Paulo: Matsunaga, 2011.

_____. **Dossiê - Suicídios na France Télécom:** As consequências nefastas de um modelo de gestão sobre a saúde mental dos trabalhadores. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/progesp/progesp-1/setores/dima/arquivos/estagio-probatorio/dossier%20suicidio%20na%20France%20Telecon%20Prof%20Alvaro.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2012

_____.; MENDES, Ana M. B. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho (USP)**, v. 12, p. 141-156, 2009.

_____.; HELOANI, Roberto. Suicídio (e trabalho). In: VIEIRA, Fernando de O.; MENDES, Ana M.; MERLO, Alvaro R. C. (Orgs.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá. 2013.

MICHAELIS. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2002.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Transtornos mentais:** Trabalho em escala, condições insalubres e recompensa insatisfatória podem ser causas. (Rotina vivida pelos trabalhadores é outro agravante 02/03/2012). Disponível em: <<http://previdencia.gov.br/vejaNoticia.php?id=45575>>. Acesso em: 02 nov. 2012.

_____. **Informe Especial por Ocasão do Dia Mundial em Homenagem às Vítimas de Acidente do Trabalho**. 1º Boletim Quadrimestral. Coordenação-Geral de Monitoramento Benefício por Incapacidade – GMBI/DPSSO/SPS/MPS. Brasília, DF. 25 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2014/04/I-Boletim-Quadrimestral-de-Benef%C3%ADcios-por-Incapacidade1.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2014.

_____. **2º inventário de saúde do trabalhador, 2010-2011.** Acompanhamento da rede nacional de atenção integral em saúde do trabalhador, 2010-2011. Disponível em:

<<http://www.renastonline.org/sites/default/files/arquivos/recursos/Inventario%20RENAST%202010-2011.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2014a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde. **História da saúde pública.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/679/222/historia-da-saude-publica.html>>. Acesso em: 01 out. 2012b.

_____. Portal da Saúde. **Sobre a saúde do trabalhador.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30426&janela=1>. Acesso em: 01 out. 2012c.

_____. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Anexo I. Disponível em : <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 02 out. 2012d.

MINAYO, Maria C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set., 1993.

MOURA NETO, Francisco D. M. de (Org.) **Saúde e trabalho nos correios.** São Paulo: Red Editorial, 2014.

_____. **Saúde & trabalho: RENAST Amazônia: saúde do trabalhador na Amazônia.** São Paulo: Plena, 2008.

NARDI, H. C. Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinaridade. In: MERLO, Álvaro R. C. (Org.). **Saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção.** Porto Alegre: UFRGS, 2004.

OLTRAMARI, Andrea P.; PAULA, Marcos J. M.; FERRAZ, Deise L. S. Do departamento de pessoal aos recursos humanos estratégicos: os subsistemas e a sofisticação do controle do trabalhador. In: SOBOLL, Lis A. P.; FERRAZ, Deise L. S. (Org.). **Gestão de pessoas: armadilhas da organização do trabalho.** São Paulo: Atlas, 2014.

OIT- Organização Internacional do Trabalho. Disponível em: <<http://www.oit.org.br/>>. Acesso em: 10 out. 2013.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para a ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais.** Tradução do Serviço Social da Indústria. Brasília: SESI/DN, 2010.

ONU – Organização das Nações Unidas no Brasil. **OIT**: um trabalhador morre a cada 15 segundos por acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho. 2013. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/oit-um-trabalhador-morre-a-cada-15-segundos-por-acidentes-ou-doencas-relacionadas-ao-trabalho/>>. Acesso em: 07 nov. 2014.

PAIM, Jairnilson S. **A reforma sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PASSOS, Eduardo. A construção da clínica do comum e as áreas profissionais. In: CAPOZZOLO, Angela A.; CASETTO, Sidnei J.; HENZ, Alexandre O. (Org.). **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

PEREZ, Karine V. Clínica do Trabalho no contexto sindical: uma proposta de cuidado em saúde mental. In: MERLO, Alvaro R. C.; BOTTEGA, Carla G.; PEREZ, Karine V. (Orgs.). **Atenção à saúde mental do trabalhador**: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

PEREZ, Marco. **Entrevista realizada em 24 de abril de 2014, publicada em áudio no site da Previdência Social**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/noticias/radio-previdencia-marco-perez-explica-mudancas-nas-causas-de-afastamento-do-trabalho-no-pais/>>. Acesso em: 10 fev. 2014b.

PEZÉ, Marie. Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés. **Journal de la consultation**, Souffrances et travail. Editions Pearson Education France, Paris. Flammarion, 2010. 214 pages.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio C. F. (Org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

_____. Integralidade em saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio C. F. (Org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009a.

PRADO JUNIOR, Caio. **História econômica do Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

RAUTER, Cristina; PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina (Org.). **Clínica e política**: subjetividade e violação dos direitos humanos. Equipe Clínico-Grupal, Tortura Nunca Mais. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia / TeCorá, 2002.

RAMMINGER, Tatiana; NARDI, Henrique C. Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público. **Revista do Serviço Público**, ENAP, Brasília – DF, v. 58, n. 2, p. 213-226, abr./jun. 2007.

_____.; _____. Saúde mental e saúde do trabalhador: análise das conferências nacionais brasileiras. **Psicologia, ciência e profissão [online]**. v. 27, n. 4, p. 680-693, 2007a.

REDE HUMANIZA SUS. Disponível em:
<<http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/94>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

RENAST ONLINE. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Disponível em: <<http://www.renastonline.org/temas/centro-refer%C3%Aancia-sa%C3%BAde-trabalhador-cerest>>. Acesso em: 26 mar. 2014.

_____. Legislação em saúde do trabalhador. Atualizado em 09 ago. 2012. Disponível em: <<http://www.renastonline.org/temas/legisla%C3%A7%C3%A3o-sa%C3%BAde-trabalhador>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

ROCHA, Lys E.; NUNES, Everardo D. Os primórdios da industrialização e a reação dos trabalhadores: pré-30. In: ROCHA, Lys E. et al. (Org) **Isto é trabalho de gente?**. São Paulo: Vozes, p. 77-156, 1993.

RUE89. **Entrevista com Marie Pezé, traduzida por Álvaro Merlo**. Disponível em : <<http://www.rue89.com>>. Acesso em : 10 dez. 2014.

RUIZ Erasmo M. Trabalho e psicologia do trabalho ou como o “gorila amansado” conquistou a subjetividade. In: SAMPAIO, José J. C.; RUIZ Erasmo M.; BORSOI Izabel C. F. (Org.). **Trabalho, saúde e subjetividade**. Fortaleza: INESP/EDUECE, 1999.

SANTOS, Kionna O. B.; ARAUJO, Tânia M. de; OLIVEIRA, Nelson F. de. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2012.

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

_____. **Psicopatologia e saúde mental no trabalho**. In: MENDES, René (Org.). Patologia do trabalho. São Paulo: Atheneu, 2005.

_____. **Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho**. In: MENDES, René (Org.). Patologia do trabalho. São Paulo: Atheneu, p. 287-310, 1995.

SELIGMANN-SILVA, Márcio. Narrar o trauma: testemunhos de catástrofes históricas. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652008000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 28 dez. 2014.

SENNET, R. **A cultura do novo capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 2006.

_____. **A corrosão do caráter**: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SILVA, Claudia O.; RAMMINGER, Tatiana. O trabalho como operador de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4751-4758, 2014.

SOBOLL, Lis A. P. Organização do trabalho e prática do assédio moral: um estudo sobre trabalho bancário. In: GLINA, Débora M. R.; ROCHA, Lys E. **Saúde mental e trabalho**: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010.

_____. **Assédio moral / organizacional**: uma análise da organização do trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

_____. (Org.) **Violência psicológica no trabalho e assédio moral**: pesquisas brasileiras. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008a.

_____., FERRAZ, Deise L. S. (Org.) **Gestão de pessoas**: armadilhas da organização do trabalho. São Paulo: Atlas, 2014.

SOUZA, Zoraide. A organização internacional do trabalho – OIT. **Revista da Faculdade de Direito de Campos**, ano VII, n. 9, p. 425-466, dez. 2006. Disponível em: <<http://fdc.br/Arquivos/Mestrado/Revistas/Revista09/Artigos/Zoraide.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2012.

VASCONCELOS, Ana C. L. Sofrimento ético. In: VIEIRA, Fernando de O.; MENDES, Ana M.; MERLO, Alvaro R. C. (Orgs.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Entre o definido e o por fazer na vigilância em saúde do trabalhador. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001204617&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2015.

WERLANG, B. S. G.; OLIVEIRA, M. da S. Dor psicológica e suicídio: aproximações teóricas. In: WERLANG, B. S. G.; OLIVEIRA, M. da S. (Org.). **Temas em psicologia clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – Doutorado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **Procedimentos para uma clínica em saúde mental e trabalho para os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)**, objetivando melhoria futura no atendimento para trabalhadores e trabalhadoras que utilizam o SUS e seus serviços.

Esta pesquisa não traz inicialmente benefícios diretos para o (a) Sr (a), mas sua participação contribuirá para a melhoria de conhecimento na área visando benefício coletivo para mais pessoas.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de questionário e entrevista. Será garantida a confidencialidade, pois seu nome não será divulgado, apenas os resultados da pesquisa serão analisados e publicados como dados gerais dos participantes. Se sentir algum desconforto em responder às questões, pode solicitar auxílio e novo esclarecimento. Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. A entrevista será marcada com antecedência em horário a ser combinado.

Caso necessite de alguma outra informação, entre em contato com o Dr. Alvaro Roberto Crespo Merlo, no Ambulatório de Doenças do Trabalho (zona 12) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ou pelo telefone 33114150, ou com Carla Garcia Bottega, pesquisadora.

Em caso de dúvidas éticas, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, pelo telefone 33598304.

Nome da Pesquisadora	Assinatura
	De acordo,
Nome do participante	Assinatura
Porto Alegre, _____ de _____	de 2014.

* Este documento consta em duas vias: uma destinada à pesquisadora, outra ao participante.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – Doutorado

Roteiro de Entrevista

Relação Saúde Mental e Trabalho

Data da Entrevista:	Nova entrevista:
Tempo de duração:	
Entrevistado por:	
Informações preliminares ao entrevistado	
<ul style="list-style-type: none"> - Agradecimento pela participação - Apresentação dos profissionais/pesquisadores responsáveis pela entrevista - Apresentação e leitura do Termo de Esclarecimento - Esclarecimento de dúvidas relacionadas aos objetivos da pesquisa - Reiteração do compromisso de sigilo - Assinatura do Termo de Esclarecimento 	
- Aplicação do SRQ-20	
<ul style="list-style-type: none"> - Tempo livre para preenchimento (auto-respondido) - Esclarecimentos se o entrevistado necessitar 	
Identificação do Entrevistado/a	
Código Identificador do Entrevistado e/ou nº Prontuário	
Data de nascimento	Idade
Sexo	Estado Civil
Histórico do Trabalho e queixa	
Profissão/Atividade atual	
Tempo de serviço na atividade atual	
Escolaridade	
Empresa	
Ramo/Função	
Está em atividade ou afastado de sua função (licença, empregado, desempregado)	
Salário/Renda Mensal Familiar	
1. Por que procurou o serviço/Descrição da queixa principal	
2. Faz relação da queixa com saúde mental/Como (sim, não, por que)	
3. Tempo de início da queixa	
4. Fez atendimentos anteriores por esta queixa/Que profissional-serviço/Quais os encaminhamentos/Quem encaminhou para este atendimento/Local de trabalho tem atendimento de saúde	
5. Já recebeu diagnóstico/Qual/Em uso de medicação (sim, não, qual)/Sente efeitos dessa medicação	
6. Já fez atendimento/acompanhamento com profissional-serviço de saúde mental	
7. Trabalho que faz atualmente/Relaciona com a queixa	

Roteiro de Entrevista
Relação Saúde Mental e Trabalho

8. Descrição do que faz/Gosta do que faz/ sentimentos que possui em relação ao trabalho
9. Qual a importância do trabalho em sua vida
10. Relaciona o trabalho com aspectos da saúde e pessoal
11. Historia do percurso profissional/carreira/formação/percurso até chegar ao trabalho atual
12. Como descreve a instituição /empresa em que trabalha
13. De que forma é tratado
14. Como se dão as relações entre chefias e colegas
15. Como são estabelecidas as regras de trabalho /a organização das tarefas/o controle
16. Ocorreram modificações na empresa nos últimos tempos/Quais
17. No trabalho existem atividades feitas em grupo e/ou há algum momento de reunião/encontro no trabalho
18. Há reconhecimento do trabalho realizado/Como
19. O que espera do trabalho quer permanecer, sair, possui planos
20. Participa de associação ou sindicato/ De que forma? / É sindicalizado Sim? Não?
21. Já presenciou situações de violência (psicológica), assédio (moral/sexual), demissão sem justa causa
22. Há casos semelhantes e/ou iguais ao seu em seu no local de trabalho
Historia de situação de saúde
23. Detalhamento de quando começaram as queixas
24. Anteriormente já passou por situação semelhante(em relação à queixa)
25. Já foi afastado do trabalho/Qual razão/Teve acidente de trabalho
26. Algum adoecimento prolongado/Internação Hospitalar/Cirurgia
27. Mudanças após as situações anteriores (Afastamento, adoecimento, internação, cirurgia - alguma sequela, humor alterado...)
História da vida pessoal
28. Com quem mora
29. Tipo de relações sociais (família, amigos)
30. Convive com pessoas do trabalho
31. Faz outras atividades além de trabalhar
32. Usa álcool/ Cigarro/Outras drogas
33. Alguém da família com situação de sofrimento/adoecimento como a sua/Doença mental familiar
34. Se existir possibilidade de um grupo de trabalhadores com situação semelhante a sua gostaria de participar
35. Em caso de respostas afirmativas ao SRQ-20 (nesta aplicação), retomar as questões verbalmente e aprofundar as respostas
36. Observações gerais feitas pelos entrevistadores

APÊNDICE C – CARTILHA DE ENTENDIMENTO



A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte, e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores.

Organizadores

Alvaro Roberto Crespo Merlo
Carla Garcia Bottega
Karine Vanessa Perez

Equipe de elaboração

Alvaro Roberto Crespo Merlo
Carla Garcia Bottega
Karine Vanessa Perez
Lúcia Bittencourt
Mauro Belmonte

Diagramação

Fabrizio Marçal da Lima

Ilustração

Augusto Franco Bier – ZIZI

CP - Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

ABR Atenção ao sofrimento e ao adoecimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora : cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde - SUS / org. Alvaro Roberto Crespo Merlo, Carla Garcia Bottega, Karine Vanessa Perez ; il. Augusto Franco Bier - Porto Alegre - Evengraf, 2016.
28 p. : il. color.

ISBN: 978-85-7727-482-3

1. Saúde do trabalhador. 2. Transtornos psíquicos. 3. Saúde mental. I. Merlo, Alvaro Roberto Crespo. II. Bottega, Carla Garcia. III. Perez, Karine Vanessa. IV. Bier, Augusto Franco.

CDU: 221.4:612.89

Janet Maynard Neves, CFB 107184

A produção desse material didático recebeu apoio financeiro do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

APRESENTAÇÃO

Esta cartilha foi produzida a partir de uma parceria do Ministério da Saúde com o Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e o Ambulatório de Doenças do Trabalho vinculado ao Serviço de Medicina Ocupacional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. É um dos resultados da pesquisa "Proposta para construção de rotinas de atendimento em saúde mental e trabalho em pacientes atendidos na rede do Sistema Único de Saúde".

Este material é destinado aos profissionais que atendem no Sistema Único de Saúde, em seus diversos níveis, para que possam compreender, detectar e tratar precocemente os casos de sofrimento psíquico relacionados ao trabalho.

Espera-se que a utilização desta cartilha represente uma oportunidade para o aperfeiçoamento do material e de sua adequação, considerando as realidades locais, na perspectiva de melhoria contínua da saúde do trabalhador e da trabalhadora.

Alvaro Roberto Crespo Merlo
Coordenador

A Constituição Federal define que a saúde é direito de todos os brasileiros e que é dever do Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

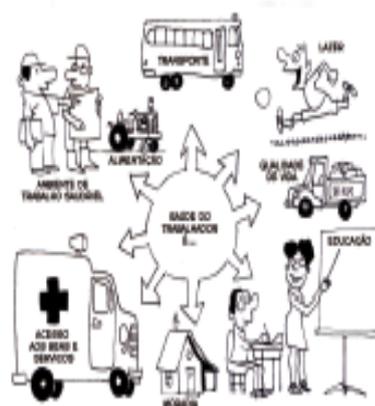


É responsabilidade do SUS prevenir o adoecimento dos trabalhadores e trabalhadoras, por meio de ações de promoção, proteção, prevenção e vigilância. Além do SUS, o empregador e as entidades sindicais também são responsáveis por garantir a saúde e a segurança dos trabalhadores.

O que se considera Saúde do Trabalhador?

Segundo a Lei nº 8.080/90, art.6,§3.º, entende-se por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina, por meio de ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e aos agravos advindos das condições de trabalho, e abrange diversas ações.

De uma forma geral, saúde do trabalhador e da trabalhadora pode ser entendida como um conjunto de fatores que determinam a qualidade de vida, como as condições adequadas de alimentação, moradia, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais que contribuem para a saúde. Também, como direito de todo trabalhador e trabalhadora está a garantia de trabalho e o ambiente saudável que não gere adoecimento ou morte.



Qual a relação entre saúde e trabalho?

Desde os tempos mais remotos, o trabalho ocupa lugar importante na vida dos indivíduos. Na pré-história e na história antiga, o trabalho era tido como fonte de sobrevivência. Com o passar do tempo, outras funções foram sendo agregadas ao sentido do trabalho. Atualmente, o trabalho envolve também o sentido de bem-estar, autorrealização, fonte de prazer e importante fator na construção da subjetividade dos sujeitos.

Desse modo, o trabalho ocupando lugar tão relevante na vida das pessoas, passa a ter relação direta com as condições de saúde tanto física quanto mental. O trabalho, por ser um dos fatores centrais na construção da subjetividade humana, afeta a relação de prazer e sofrimento no trabalho que, por sua vez, pode se transformar em adoecimento físico e psíquico; daí sua estreita ligação com a saúde.

O trabalho tem grande importância para cada trabalhador e desempenha um papel na sociedade.

Trabalhar pode ser fonte de realizações e de prazer.

Acontece que, muitas vezes, dependendo das condições em que o trabalho é feito, ele também pode causar sofrimento, adoecimento e até mesmo a morte.

A importância do trabalho na vida das pessoas

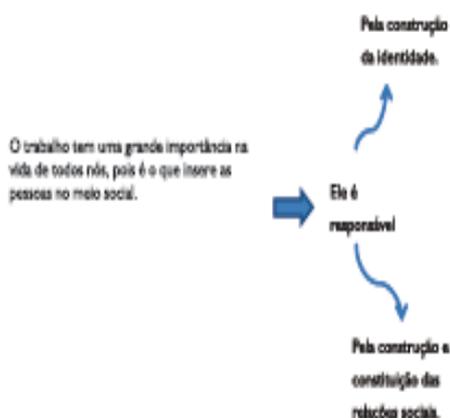
O trabalho ocupa posição central na sociedade e na vida dos indivíduos, pois desempenha função fundamental na construção de espaços públicos coletivos de convivência. O trabalho é o que insere as pessoas no meio social, sendo assim, o principal responsável pela construção e constituição das relações sociais.

O trabalho não é apenas a relação salarial ou o emprego.

É mais do que a venda da força de trabalho pela remuneração (DEJOURS, 2004). É uma atividade dirigida ao outro, pois, trabalha-se para alguém, para um chefe, para nossos funcionários, colegas. Segundo Dejours (2004), existe também uma remuneração social pelo trabalho, na medida em que ele permite ao trabalhador sentir-se pertencente a grupos, e lhe proporciona condições de possuir direitos sociais.



"[...] trabalhar não é tão só produzir: trabalhar é ainda viver junto." (DEJOURS, 2004, p. 18)



Qual a importância do reconhecimento no trabalho?

O reconhecimento é um fator ligado à valorização do investimento, do esforço e do sofrimento empregados no desenvolvimento do trabalho. Tal dinâmica permite ao sujeito a construção de sua identidade, interpretada aqui como experiência de prazer e de realização pessoal. (MENDES, 2007)

Para Merlo (1999), o reconhecimento é uma forma de retribuição que a organização do trabalho oferece ao trabalhador em contrapartida pela sua contribuição. Essa contribuição é produzida a partir da sua criatividade em desenvolver suas atividades, no trabalho, que buscam diminuir a distância entre o trabalho real e o trabalho prescrito. O trabalho prescrito refere-se àquele que consta nas normas, manuais e na forma como deve ser desenvolvido, e o trabalho real é aquele que é de fato realizado, envolvendo a prática e o cotidiano.

O reconhecimento passa por avaliações de julgamento que são feitas por atores bem precisos, com os quais o indivíduo está em interação em seu trabalho. E este reconhecimento terá um papel sobre a construção da sua identidade.

De reconhecimento em reconhecimento, o indivíduo ultrapassa etapas, com as quais ele transforma a si mesmo. Essa transformação se dá pelo olhar dos outros, mas, também, pelo olhar da sociedade, como alguém que progride ao longo de uma vida que se realiza. De tal forma que, após o trabalho, pelo reconhecimento do outro, aquela pessoa adquire um status melhor do que o que tinha antes. E uma dignidade, também, que, talvez, este indivíduo não tivesse até este momento. (DEJOURS e MOLINIER, 2004)

De que forma o contexto social atual influencia no mundo do trabalho contemporâneo?

O mundo do trabalho contemporâneo é marcado por novos modelos de gestão, com uma influência muito grande do capital financeiro, que cria, muitas vezes, relações nos ambientes de trabalho que serão marcadas por grande violência psicológica. Os casos mais extremos irão se configurar como assédio moral no trabalho.

Assédio Moral pode ser entendido como uma situação extrema de agressividade vivida no ambiente de trabalho, especialmente marcada por comportamentos e/ou omissões repetitivos num dado tempo. Tem como objetivo prejudicar, destruir e/ou anular uma ou um grupo de pessoas. (SOBOLL, 2008)





O trabalho tem sofrido intensas modificações nas últimas décadas. Ocorreram diminuições de empregos, aumento de serviços, precarização dos contratos e flexibilização de leis trabalhistas. Ao mesmo tempo, como referência social, tem sido questionado, resignificado, criticado e resgatado, por muitos teóricos. Alguns chegam a pôr em xeque a centralidade do trabalho, mas o que se tem visto é o aumento da exploração dos trabalhadores. Todas essas transformações influenciam, direta ou indiretamente, toda a sociedade, seja o trabalhador empregado ou sem emprego e suas famílias, e influenciam diretamente a vida do trabalhador.

O trabalho influencia a saúde e o adoecimento dos trabalhadores e trabalhadoras? De que maneira?



O trabalho influencia a saúde e o adoecimento dos trabalhadores e trabalhadoras, em primeiro lugar, pelas condições dos ambientes onde ele é realizado. Na realidade brasileira, é muito frequente encontrarmos agressões à saúde provocadas pelo ruído, pelo contato com substâncias químicas e com agentes biológicos, como bactérias e vírus. A saúde pode ser agredida, também, devido a problemas na relação entre trabalhadores e trabalhadoras com seus instrumentos de trabalho e pelas más condições ergonômicas e ambientais, de forma geral.

Conforme afirma Dejours (1999), o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, e pode favorecer tanto a doença quanto a saúde.

A divisão entre espaço de trabalho e espaço privado não é possível quando a questão se remete às relações sociais e às questões de saúde, já que não se separa a vida na família, em casa, da vida no trabalho, nos seus diversos locais. Gradativamente, inclusive, esses ambientes misturam-se, confundem-se, tornando essa separação ainda mais complicada.

Para Dejours (2004), no momento em que o trabalho for visto como uma simples execução de tarefas, e a subjetividade for anulada, consequentemente a saúde mental do trabalhador estará abalada. A subjetividade tem lugar, justamente, em uma "fenda", que se dá entre o trabalho prescrito e o trabalho real, em que o sujeito pode fazer uso de sua criatividade.

Ao mesmo tempo em que o trabalho gera sofrimento, é também fator de crescimento e desenvolvimento psicossocial do adulto (DEJOURS, 2004). Mesmo levando o trabalhador ao sofrimento e ao adoecimento, o trabalho pode constituir-se em fonte de prazer e de desenvolvimento.

E como fica a saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras?

Nos últimos anos, assistimos a grande avanço no desenvolvimento no campo da saúde mental do trabalhador, em especial, a partir da compreensão proposta pela Psicodinâmica do Trabalho, a qual analisa a inter-relação entre saúde mental e trabalho, e enfatiza a centralidade do trabalho na produção da saúde e da doença. Porém, existe, ainda, grande dificuldade para a definição de condutas e procedimentos estruturados para

a investigação e para o acompanhamento terapêutico dos trabalhadores com sofrimento mental relacionado ao trabalho.

Contribuem para essa situação a complexidade do desenvolvimento dos distúrbios psíquicos, as dificuldades para a realização de diagnósticos diferenciais e para o estabelecimento da relação com o trabalho. De acordo com Silva (2011), os quadros atuais de adoecimento que se apresentam em ações de Saúde Mental Relacionada ao Trabalho têm desafiado o diagnóstico clínico e etiológico, dificultando, também, as ações terapêuticas e a reabilitação.

Entre essas dificuldades, encontramos a não vinculação entre os quadros clínicos e o trabalho:

Não existe um consenso que tenha permitido uma classificação dos distúrbios psíquicos vinculados ao trabalho, existe uma concordância da importância etiológica do trabalho, mas não a respeito do modo como se exerce a conexão trabalho/psiquismo de forma suficiente a permitir um quadro teórico. Os distintos modelos teóricos vêm trazendo dificuldades para a clínica e prevenção. (SELIGMANN-SILVA, 1995, p.289)

As metamorfoses simultâneas, conforme nomina a autora, que fazem sofrer e produzem desgaste humano, precarizam a saúde mental dos trabalhadores, "pois os processos de produção de desgaste mental e do sofrimento psíquico se transformaram, e as configurações dos agravos desafiam as políticas sociais e, de modo especial, os profissionais de saúde e todos os envolvidos em ações voltadas ao desenvolvimento social". (SELIGMANN-SILVA, 2011, p.18)

As transformações pelas quais passou o trabalho nos últimos anos interferiram, precisamente, nessas relações. O exemplo mais evidente é o uso do assédio moral como instrumento banalizado de gestão, que atinge

ao processo de reconhecimento descrito anteriormente, na medida em que promove a própria desumanização do indivíduo asediado. (FREITAS, HELOANI, BARRETO, 2008; SOBOLL, 2008)



Os novos modelos de gestão, muito frequentemente, levam ao desaparecimento dos coletivos de trabalho e ao isolamento das pessoas. E quando elas começam a "afundar-se", ninguém vem ajudá-las. Antigamente, não ocorria esse tipo de suicídio porque as pessoas se ajudavam, porque não se deixava simplesmente um colega "afundar". Quando se via que ele estava

mal, as pessoas o ajudavam. Falava-se com ele (MERLO, 2009). A Psicanalista Marie Pezé considera que se vive um período de "Patologias da Solidão", no qual o isolamento construído por esses novos modelos de gerenciamento são a fonte principal do sofrimento e das patologias psíquicas provocadas pelo trabalho. (PEZÉ, 2010)

O papel do SUS no atendimento aos trabalhadores

O SUS está organizado de acordo com os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização/regionalização e participação da comunidade, assim como a Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora que, conforme determinação do Ministério da Saúde, deve ser articulada à Política e ao Plano Nacional de Segurança e Saúde (PNSST), em todo o âmbito do SUS, além da articulação com o Ministério do Trabalho e Emprego e da Previdência Social.

Na PNSST, a proposta maior é sua concepção de ação "transversal", entendendo o trabalho como determinante do processo saúde-doença.

Busca, então, evidenciar que o processo de adoecimento não é responsabilidade exclusiva do trabalhador, mas dos modelos de desenvolvimento e/ou processos produtivos, o que pode ser verificado no acréscimo do princípio da "precaução", além dos princípios gerais do SUS. Essa Política também reforça ações já existentes desenvolvidas em muitos municípios, compreendendo a necessidade da articulação intersetorial e das atribuições nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.



Essa articulação requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde.

Quando aplicamos os princípios do SUS ao campo da Saúde do Trabalhador, temos:

- **universalidade:** responsabilidade pelo cuidado da saúde de todos os trabalhadores e trabalhadoras, independentemente do tipo de vínculo ou inserção no mercado de trabalho.

- **atenção integral:** ações de promoção, proteção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde, envolvendo toda a rede de serviços de saúde e as ações intersectoriais, considerando o papel do trabalho na determinação das condições de saúde ou de doença, em particular os riscos e perigos presentes nos processos de trabalho.

- **participação da comunidade:** assegura o envolvimento dos trabalhadores e trabalhadoras nos processos de identificação das situações de risco presentes no trabalho e das consequências para a saúde. Além de garantir a possibilidade de participação dos trabalhadores no planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras das doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

Ainda, dois princípios muito importantes para

os trabalhadores e trabalhadoras que são destacados na PNSST:

- **prevenção:** em relação às ações de assistência e cura, considerando que a maioria dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho são preveníveis;

- **precaução:** prevenção de possíveis agravos à saúde dos trabalhadores, causados pela utilização de tecnologias, substâncias químicas, equipamentos, máquinas, entre outros, mesmo na ausência da certeza científica da existência de risco para a saúde.



De acordo com seu Art. 7º, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora “deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção”.

Você sabia que

Em 2012, foi criada a Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora a partir da Portaria N° 1.823 “A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença.”

Para saber mais: http://bvems.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

Os profissionais do SUS na atenção aos trabalhadores e trabalhadoras em sofrimento e adoecimento psíquico

Entendemos que ocorreram avanços importantes nos últimos anos no desenvolvimento do campo da saúde mental do trabalhador, mas sabemos da grande dificuldade para a definição de procedimentos e rotinas organizadas para investigação e acompanhamento dos trabalhadores e trabalhadoras, com sofrimento e o adoecimento psíquico relacionado ao trabalho.

O aumento da frequência desses casos, nos últimos anos, alertou-nos para o fato de que há que se investigar de forma ativa esse sofrimento. A não ser em situações muito raras, dificilmente um trabalhador irá a uma consulta para falar de seu trabalho. Isso não está previsto nas práticas de atenção à saúde e, por isso, é necessário construir-se um modelo de atendimento que possa incorporar na sua rotina essas questões.

Uma das grandes dificuldades está em separar o que é da história de cada um, do que é provocado por esses novos modelos de gestão e das relações do trabalho. Para tanto, é necessário investigar as características da organização do trabalho a qual o usuário/trabalhador está submetido, buscando identificar os aspectos patológicos ali presentes. O esforço de separação dessas duas fontes é necessário, caso contrário, a tendência será, tanto para o profissional de saúde que atende, como para o próprio trabalhador, considerar que toda a sua sintomatologia tem uma causa exclusivamente endógena, ou seja, levando o trabalhador a vivenciar o quadro que apresenta como de sua exclusiva responsabilidade.

Entendemos que os profissionais da saúde podem contribuir para a identificação das situações de sofrimento e adoecimento psíquico relacionado ao trabalho em sua investigação e estudo, produzindo assim conhecimento especializado. Para tanto, são necessárias ações inter, multi e transdisciplinares na implementação de propostas concretas e de políticas nesta área.



Quais são os principais desafios na atenção em saúde mental e trabalho?

O maior desafio consiste, exatamente, no estabelecimento da relação entre o sofrimento e o adoecimento psíquico com os aspectos da organização do trabalho. Pois, o lugar onde o trabalho é realizado tem um caráter fundamental.

Cabe ao profissional da saúde, que realiza a investigação/entrevista diagnóstica da relação entre saúde mental e trabalho, dispor de técnicas diferenciadas, que podem incluir entrevistas e outras modalidades de avaliação, bem como realizar a abordagem, se possível, juntamente com outro profissional.

É de extrema importância que se questione o trabalhador sobre a execução de sua atividade: como, quando e onde é realizada. Como se estabelecem as relações no ambiente de trabalho, a hierarquia, as exigências físicas e psíquicas. Ao mesmo tempo, solicitar como o trabalhador e a trabalhadora percebem o seu trabalho, como eles o descrevem, qual o processo de sua execução. No entendimento de que o trabalhador também é um agente de mudanças nas relações de trabalho, a compreensão que possui sobre o seu sofrimento e adoecimento são de suma importância para a compreensão das situações ocorridas na sua história.

A rede de atenção do SUS é formada por pontos de atenção que ofertam ações e serviços de saúde, como, por exemplo, as Unidades de Saúde da Família, as Unidades Básicas de Saúde, os domicílios, as unidades ambulatoriais especializadas.

Alguns pontos de atenção no SUS são específicos para atender a determinados grupos.

Um bom exemplo são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), destinados a atender às pessoas com transtornos mentais.

A abordagem ao usuário-trabalhador na rede de atenção à saúde

O sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, nem sempre produz sintomas claros. Durante muito tempo, o usuário-trabalhador pode apresentar apenas uma sintomatologia inespecífica, que pode ser confundida com várias outras doenças.

Difícilmente, as pessoas que buscam um serviço de saúde irão associar, espontaneamente, suas queixas e sintomas com o seu trabalho. Por isso, é fundamental que o profissional de saúde sempre busque ver, se, atrás de alguns sintomas genéricos, não se escondem dificuldades nas relações de trabalho.

Como já explicado anteriormente, essa busca pode começar a partir de uma simples pergunta: **Como você se sente no trabalho?**

A experiência dos serviços que atendem à saúde mental, relacionada ao trabalho, tem mostrado que uma pergunta genérica como esta "abre a porta" para que o trabalhador possa falar de seu trabalho pela primeira vez, muitas vezes desencadeando crises de choro e de ansiedade.

Deve ser ação de todos os profissionais da saúde em seu cotidiano



O reconhecimento e a identificação de adoecimento relacionado ao trabalho através de uma escuta compreensiva e acolhedora que questione

Como está o seu trabalho?
Como você se sente no trabalho?

Principais manifestações apresentadas pelos trabalhadores



- **Genais:** insônia, "dor nas costas", uso regular de bebidas alcoólicas, de maconha (cannabis) ou de tranquilizantes.
- **Físicas:** astenia (debilidade generalizada), dores abdominais, dores musculares, dores articulares, distúrbios do sono, distúrbios do apetite etc.
- **Emocionais:** irritabilidade aumentada, angústia, ansiedade, excitação, tristeza, choro frequente, sentimentos de mal-estar indefinidos etc.
- **Intelectuais:** distúrbios de concentração, distúrbios de memória, dificuldades para tomar iniciativas ou decisões etc.

- * **Comportamentais:** modificação dos hábitos alimentares, comportamentos violentos e agressivos, isolamento social, dificuldades para cooperar etc.

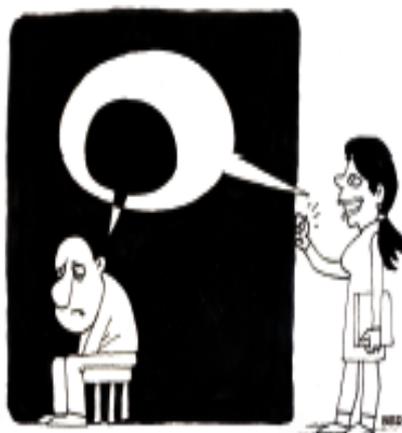
Recomendações principais

1. No atendimento, o que tem efeito terapêutico imediato é o usuário-trabalhador saber que ele não está mais solitário nesta situação. Além disso, é importante frisar que os sintomas e o sofrimento dele podem ter relação com o trabalho. Trata-se de fazer uma escuta compreensiva.

Como a maior parte dessas patologias são, na verdade, patologias do isolamento e da solidão, é necessário tirar o usuário-trabalhador, o mais rapidamente possível, dessa situação de isolamento.

2. Ocupar-se do que tem origem no intrapsíquico e na trajetória pessoal, para levar à tomada de consciência de que é necessário descolar as questões singulares do sujeito, da organização do trabalho, que o tornou doente. Isso precisa ser feito com algum tipo de acompanhamento psicoterapêutico, individual ou em grupo.

3. É indispensável acompanhar os trabalhadores e trabalhadoras até que se estabeleçam, para que seja possível reavaliar a situação vivida e, assim, tornarem-se possíveis novos rumos no mundo do trabalho destes usuários-trabalhadores.



REFERÊNCIAS

- BENDASSÓLLI, Pedro F.; SÖBÖLL, Lú A. F. (org.) *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas, 2011.
- BRAZIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRAZIL. Lei n. 8.080, Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRAZIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990.
- BRAZIL. Ministério da Saúde. Portaria 1823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. 2012.
- DEJOURS, Christophe & MOUNIER, Pascale. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, Selma & SZNEKWAR, Laerte (orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro/Brasília, Fiocruz/Paralelo 15. 2004.
- DEJOURS, Christophe. Avant-propos para a edição brasileira. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: S. Lançman & L. I. Sznelwar (Orgs.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2004.
- DEJOURS, Christophe. Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: FGV. 1999.
- DEJOURS, Christophe. *A Banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 1999a.
- DEJOURS, Christophe; BÉGUE, Florence. *Suicídio e trabalho: o que fazer?* Brasília: Paralelo 15, 2010.
- MEITAS, M. E.; MELDANI, R.; & BARRETO, M. *Assédio no trabalho*. São Paulo: Cengage Learning. 2008.
- MENDES, A. *Novas formas de organização do trabalho, ação dos trabalhadores e patologia social*. In: Mendes, A. M. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007.
- MERLO, A. R. *A Informática no Brasil: prazer e sofrimento no trabalho*. Porto Alegre: Ed. Universidade UFRGS. 1999.
- PEZZÉ, Marie. *Its ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés, Journal de la consultation. Souffrance et travail*. Editions Pearson Education France. Paris. November. 2010. 214 pages.
- SÖBÖLL, Lú Andréa. *Assédio moral/organizacional: uma análise da organização do trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.
- SELIGMANN-SILVA, Edith. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011.

26

27

Esta cartilha tem como objetivo principal orientar os profissionais que atendem aos trabalhadores nos serviços de saúde, para que possam detectar e tratar precocemente os casos de sofrimento psíquico relacionados ao trabalho.

Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT)
Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional
Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho – LPdT

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Serviço de Medicina Ocupacional
Ambulatório de Doenças do Trabalho



Ministério da Saúde



ANEXO A - SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ 20)

Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

1- Você tem dores de cabeça frequentes?	SIM ()	
	NÃO ()	
2- Tem falta de apetite?	SIM ()	
	NÃO ()	
3- Dorme mal?	SIM ()	
	NÃO ()	
4- Assusta-se com facilidade?	SIM ()	
	NÃO ()	
5- Tem tremores nas mãos?	SIM ()	
	NÃO ()	
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM ()	
	NÃO ()	
7- Tem má digestão?	SIM ()	
	NÃO ()	
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM ()	
	NÃO ()	
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM ()	
	NÃO ()	
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM ()	
	NÃO ()	
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM ()	
	NÃO ()	
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM ()	
	NÃO ()	
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	SIM ()	
	NÃO ()	
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM ()	
	NÃO ()	
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM ()	
	NÃO ()	
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM ()	
	NÃO ()	
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	SIM ()	
	NÃO ()	
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM ()	
	NÃO ()	
19- Você se cansa com facilidade?	SIM ()	
	NÃO ()	
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	SIM ()	
	NÃO ()	

ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Procedimentos para uma clínica em saúde mental e trabalho para os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)

Pesquisador: Álvaro Roberto Crespo Merlo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12446413.7.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 242.339

Data da Relatoria: 03/04/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado do PPG Psicologia Social. Pesquisa quantitativa e qualitativa. A pesquisa constará da realização de entrevistas individuais, tendo como referencial teórico a Psicodinâmica do Trabalho. Para o alcance dos objetivos será investigado um fenômeno comum vivenciado pelos participantes, o relato de sofrimento e possível adoecimento vivido pelos trabalhadores.

Objetivo da Pesquisa:

Construir procedimentos para uma clínica em saúde mental e trabalho para os serviços do Sistema Único de Saúde, tendo como campo inicial o Ambulatório de Doenças do Trabalho (ADT) do HCPA.

A proposta é de, a partir de um serviço que presta atendimento ambulatorial para trabalhadores com questões relativas às suas atividades cotidianas de trabalho, construir procedimentos que possam ser utilizados como um balizador em diferentes serviços da Rede.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: No caso de serem verificadas alguma situação de desestabilização emocional do paciente, desconforto, ou necessidade de acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico, como uso de medicação, por exemplo, poderão ser encaminhados para o Ambulatório da Psiquiatria do HCPA ou para a Clínica de Psicologia da UFRGS. O Ambulatório já trabalha com rotinas e encaminhamentos feitos cotidianamente.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)359--7640

Fax: (51)359--7640

E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Benefícios: Identificar o perfil de adoecimento em saúde mental relacionado ao trabalho na atualidade e compreender como as novas formas de gestão influenciam no adoecimento nos ambientes de trabalho na atualidade. Não foi verificado nenhum benefício para o participante (apenas um possível benefício coletivo), isto deve estar claro no TCLE e no projeto. **PENDÊNCIA ATENDIDA.** Os pesquisadores adicionaram frase referente aos benefícios na nova versão de TCLE apresentada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tempo médio das entrevistas 1:30-2h (pode ter continuidade outro dia). Entrevista em dupla, médico residente do serviço e pesquisadora.

Encaminhamentos (ambulatório, outras especialidade) serão discutidos com a equipe, mas não está claro qual equipe, assistencial ou de pesquisa?

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: Os encaminhamentos que se fizerem necessários serão discutidos com a equipe do serviço, já que a realização do questionário e entrevista será feito em dupla, tendo sempre um integrante do Ambulatório. **PENDÊNCIA ESCLARECIDA.**

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nova versão de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentada. No entanto, faltou incluir um campo para o pesquisador. Sempre são necessários dois campos: um para colocar o nome e um para assinar. Como esta seria a única pendência, optamos por aprovar o documento. No entanto, orientamos que o pesquisador escreva o nome e após assine o TCLE.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Devido aos objetivos descritos e demais características, o projeto deve ser encaminhado como Projeto de Desenvolvimento.

Foi esclarecido em consultoria com a UARP/GPPG que o projeto é de pesquisa e não de desenvolvimento. Projeto com todas as dúvidas esclarecidas. Em condições de aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (Projeto versão 03/02/2013, TCLE versão 25/03/2013 e demais documentos submetidos até a presente data) refere-se apenas aos aspectos éticos e

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (513)359--7640 **Fax:** (513)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá ser cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras. O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica.

Qualquer alteração nestes documentos deve ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

PORTO ALEGRE, 10 de Abril de 2013

Assinador por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)359--7640

Fax: (513)359--7640

E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

ANEXO C - APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 130094

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

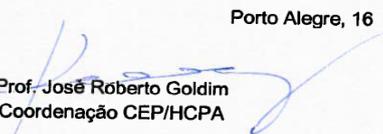
ALVARO ROBERTO CRESPO MERLO
FÁBIO FERNANDES DANTAS FILHO
LUCIANA ROTT MONAIAR
CARLA GARCIA BOTTEGA

Título: Procedimentos para uma clínica em saúde mental e trabalho para os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 16 de abril de 2013.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenação CEP/HCPA